紹介患者様用 【M R I】受 託 検 査 申 込 書

月

第1希望

令和

年

来院時間(当院記入) 時 分

日(

曜日)

ΑM

PM

放射線科への電話連絡

世別	快直仰至日	第2希望	令和	年	月	日(曜日)	AM	PM	済 ·	未
TEL () T	フリガナ					性 別	生年月日				
住所	患者様氏名					男・女	大·昭·	平∙令	年 月	目(歳)
【撮影部位 ○で囲み、カッコ内に部位を記入願います。 頭部 () 類部 () 腹部 () 胸部 () 腹部 () 腹部 () ではり・みぎ () ※腹部MRCPの場合は、下欄「※」についてもご記入ください。 四肢 ひだり・みぎ () その他 () であり、アの世の (検査日: 年 月 日) をはいたアチニン: mg/dl (検査日: 年 月 日) をは高点:【造影剤 有】の場合、以下の書類が必要となります。 □造影剤の使用についての 説明および同意書 ご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。 でま剤使用についての 説明および同意書 ご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。 (薬剤使用について) ブチルスコポラミン・グルカゴン (使用可の薬剤を○で囲んでください) ボースデル内用液(可・ 否) に必須項目】 必ずご記入願います。・心臓ペースメーカー (□有・□無) ・手術クリップ・ステント(□有・□無)・閉所恐怖症 (□有・□無) ・体内金属・その他 (□有・□無)・閉所恐怖症 (□有・□無) ・体内金属・その他 (□有・□無) ※体内金属・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	住所	〒 -	_				TE	ΞL	()	
頭部 () 頚部 () 腹部 () 別部 () 腹部 () 別部 () 別別 ()	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										
胸部 () 腹部 () 腹部 () () 機能MRCPの場合は、下欄「※」についてもご記入ください。 四肢 ひだり・みぎ () その他 () (] 読 影 】 (有 ・ 無) 画像はCDーRで提供いたします。 【造 影 剤】 (有 ・ 無) 有の場合、以下のどちらかにご記入ください。 血清クレアチニン: mg/dl (検査日: 年 月 日) eGFR : mL/min/1.73ml (検査日: 年 月 日) 注意点:【造影剤 有】の場合、以下の書類が必要となります。 □造影剤の使用についての 説明および同意書 ご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。 (薬剤使用についての 説明および同意書 ご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。 (薬剤使用について) ブチルスコポラミン・グルカゴン (使用可の薬剤を〇で囲んでください) ボースデル内用液(可 ・ 否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (口有 ・ 口無) ・手術クリップ・ステント(口有 ・ 口無) ・閉所恐怖症 (口有 ・ 口無) ・体内金属・その他 (口有 ・ 口無) ・帰所恐怖症 (口有 ・ 口無) ・体内金属・その他 (口有 ・ 口無) ※体内金属・・心臓人工弁・ブレート・人工骨頭ノ関節など [移動方法] 歩行・車椅子・リクライニングチェアー・ストレッチャー											
母盤部 () ※腹部MRCPの場合は、下欄「※」についてもご記入ください。 四肢 ひだり・みぎ () その他 () [読 影] (有 ・ 無) 画像はCDーRで提供いたします。 [造 影 剤] (有 ・ 無) 有の場合、以下のどちらかにご記入ください。 血清クレアチニン: mg/dl (検査日: 年 月 日) eGFR: mL/min/1.73m (検査日: 年 月 日) 注意点:[造影剤 有]の場合、以下の書類が必要となります。 □造影剤の使用についての 説明および同意書 □造影検査問診票 ※MRCP依頼の場合は必ずご記入ください。 (薬剤使用について) ブチルスコポラミン・グルカゴン (使用可の薬剤を〇で囲んでください) ボースデル内用液(可・否) [必須項目] 必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (口有・口無) ・手術クリップ・ステント(口有・口無) ・閉所恐怖症 (口有・口無) ・体内金属・その他 (口有・口無) ・関所恐怖症 (口有・口無) ・体内金属・その他 (口有・口無) ※体内金属・心臓人工弁・ブレート・人工骨頭/関節など [移動方法] 歩行・車椅子・リクライニングチェアー・ストレッチャー	頭部	()	頚部	()
四肢 ひだり・みぎ () その他 () (読 影 】 (有 ・ 無) 画像はCD-Rで提供いたします。 【造 影 剤】 (有 ・ 無) 有の場合、以下のどちらかにご記入ください。 血清クレアチニン:	胸部	()	腹部	()
 【読 影】(有・無) 画像はCD-Rで提供いたします。 【造 影 剤】(有・無) 有の場合、以下のどちらかにご記入ください。 血清クレアチニン: mg/dl (検査日: 年月日) eGFR: mL/min/1.73㎡ (検査日: 年月日) 注意点:【造影剤 有】の場合、以下の書類が必要となります。 □造影剤の使用についての説明および同意書 □造影検査問診票 ご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。 (薬剤使用について)ブチルスコポラミン・グルカゴン (使用可の薬剤をOで囲んでください)ボースデル内用液(可・否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー(□有・□無)・手術クリップ・ステント(□有・□無)・閉所恐怖症 (□有・□無)・体内金属・その他 (□有・□無)・別所恐怖症 (□有・□無)・体内金属・その他 (□有・□無) 【移動方法】 歩行・車椅子・リクライニングチェアー・ストレッチャー 紹介元医療機関名	骨盤部	()	※腹部MR	CPの場合に	は、下欄「※」に	こついてもご記え	くください。
【造 影 剤】(有 ・ 無) 有の場合、以下のどちらかにご記入ください。 血清クレアチニン:	四肢	ひだり・	みぎ()	その他	()
血清クレアチニン: mg/dl (検査日: 年 月 日) eGFR: mL/min/1.73㎡ (検査日: 年 月 日) 注意点:【造影剤 有】の場合、以下の書類が必要となります。 □造影剤の使用についての 説明および同意書 □造影検査問診票 ※MRCP依頼の場合は必ずご記入ください。 (薬剤使用について) ブチルスコポラミン・ グルカゴン (使用可の薬剤を〇で囲んでください) ボースデル内用液(可 ・ 否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (□有 ・ □無) ・手術クリップ・ステント(□有 ・ □無) ・閉所恐怖症 (□有 ・ □無) ・体内金属・その他 (□有 ・ □無) ※体内金属・・心臓人エ弁・ブレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行・ 車椅子・ リクライニングチェアー・ ストレッチャー	【 読 影 】(有 ・ 無) 画像はCD-Rで提供いたします。										
eGFR: mL/min/1.73㎡ (検査日: 年 月 日) 注意点:【造影剤 有】の場合、以下の書類が必要となります。 □造影検査問診票 ご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。 造影検査問診票 ご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。 (薬剤使用について) ブチルスコポラミン・グルカゴン (使用可の薬剤を〇で囲んでください) ボースデル内用液(可・否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (□有・□無)・手術クリップ・ステント(□有・□無)・閉所恐怖症 (□有・□無)・体内金属・その他 (□有・□無)※体内金属・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	【造 影 剤】(有 ・ 無) 有の場合、以下のどちらかにご記入ください。										
注意点:【造影剤 有】の場合、以下の書類が必要となります。 □造影剤の使用についての 説明および同意書 □造影検査問診票 ※MRCP依頼の場合は必ずご記入ください。 (薬剤使用について) ブチルスコポラミン ・ グルカゴン (使用可の薬剤を〇で囲んでください) ボースデル内用液(可 ・ 否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (□有 ・ □無) ・手術クリップ・ステント(□有 ・ □無) ・閉所恐怖症 (□有 ・ □無) ・体内金属・その他 (□有 ・ □無) ※体内金属・・心臓人工弁・ブレート・人工骨頭ノ関節など 【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー	血清クレ	アチニン	:			mg/dl (検	査日:	年	月 日)		
□造影剤の使用についての 説明および同意書 □造影検査問診票 ※MRCP依頼の場合は必ずご記入ください。 (薬剤使用について) ブチルスコポラミン ・ グルカゴン (使用可の薬剤を〇で囲んでください) ボースデル内用液(可・否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (□有・□無)・手術クリップ・ステント(□有・□無)・閉所恐怖症 (□有・□無)・体内金属・その他 (□有・□無) ※体内金属・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行・ 車椅子・ リクライニングチェアー・ ストレッチャー	eGFR :				mL/min/	/1.73㎡(検	:査日:	年	月 日)		
□造影検査問診票 ※MRCP依頼の場合は必ずご記入ください。 (薬剤使用について) ブチルスコポラミン ・ グルカゴン (使用可の薬剤を〇で囲んでください) ボースデル内用液(可 ・ 否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (□有 ・ □無) ・手術クリップ・ステント(□有 ・ □無) ・閉所恐怖症 (□有 ・ □無) ・体内金属・その他 (□有 ・ □無) ※体内金属・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭ノ関節など 【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー	注意点:【造影剤 有】の場合、以下の書類が必要となります。										
 □造影検査問診票 ※MRCP依頼の場合は必ずご記入ください。 (薬剤使用について)ブチルスコポラミン ・ グルカゴン (使用可の薬剤を○で囲んでください)ボースデル内用液(可・否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (□有・□無)・手術クリップ・ステント(□有・□無)・閉所恐怖症 (□有・□無)・体内金属・その他 (□有・□無)※体内金属・・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー 	□造影剤の使用についての 説明および同意書										
(薬剤使用について) ブチルスコポラミン ・ グルカゴン (使用可の薬剤を〇で囲んでください) ボースデル内用液(可 ・ 否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (口有 ・ 口無) ・手術クリップ・ステント(口有 ・ 口無) ・閉所恐怖症 (口有 ・ 口無) ・体内金属・その他 (口有 ・ 口無) ※体内金属・・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー											
ボースデル内用液(可・否) 【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (口有・ 口無) ・手術クリップ・ステント(口有・ 口無) ・閉所恐怖症 (口有・ 口無) ・体内金属・その他 (口有・ 口無) ※体内金属・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行・ 車椅子・ リクライニングチェアー・ ストレッチャー	※MRCP依頼の場合は必ずご記入ください。										
【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (□有 ・ □無) ・手術クリップ・ステント(□有 ・ □無) ・閉所恐怖症 (□有 ・ □無) ・体内金属・その他 (□有 ・ □無) ※体内金属・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー	 (薬剤使用について)ブチルスコポラミン ・ グルカゴン (使用可の薬剤を○で囲んでください)										
【必須項目】必ずご記入願います。 ・心臓ペースメーカー (□有 ・ □無) ・手術クリップ・ステント(□有 ・ □無) ・閉所恐怖症 (□有 ・ □無) ・体内金属・その他 (□有 ・ □無) ※体内金属・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー	ボースデル内用液(可・否)										
・心臓ペースメーカー (□有 ・ □無) ・手術クリップ・ステント(□有 ・ □無) ・閉所恐怖症 (□有 ・ □無) ・体内金属・その他 (□有 ・ □無) ※体内金属・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー 紹介元医療機関名											
・閉所恐怖症 (□有 ・ □無) ・体内金属・その他 (□有 ・ □無) ※体内金属・・心臓人エ弁・プレート・人工骨頭/関節など 【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー 紹介元医療機関名											
【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェアー ・ ストレッチャー 紹介元医療機関名						•体内金属	属∙その他	<u>ħ</u> (口有・口	コ無)	
TEL () / FAX ()	紹介元医療	療機関名		TEL	()	/ F	AX	()		
紹介医師名	紹介医	師名									

◆お願い◆

検査伝票をご記入いただいている場合、検査申込書とともに事前にFAXをお願いします。

奥州市総合水沢病院

〒023-0053 岩手県奥州市水沢大手町3-1 TEL 0197-25-3833(内線 257) FAX 0197-25-4012(医療連携室直通)