

※ 診察予約の際には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！

〒 県立尼崎総合医療センター 地域医療連携センター
FAX : (06) 6480-7721

(「0発信」等の設定に伴う誤送信にご注意ください)

県立尼崎総合医療センター

《MRI》予約依頼票

申込日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

【依頼元】 医療機関名 : _____ 診療科 : _____

医 師 名 : _____

所 在 地 : _____

TEL : _____ FAX : _____

患者様の予約回答待ち状況

- ご紹介元医療機関にて外来待機中
 帰宅されている

【患者様データ】

患者氏名	フリガナ	生年月日	明・大	年	月	日	男 女
	(旧姓)		昭・平・令	(歳)		
住 所	〒 - -						
電話番号	Tel. - -						
紹介目的	<p>次項の「検査前のチェックリスト」記入の上、同時提出を！</p> <p>依頼内容・撮影部位（主訴・病名・病状）等の紹介目的を下記に記載ください。</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>						
当院への受診歴	(有・無)	受診科；	診察券番号；	-	-	-	-
希望受診日	① ____ 月 ____ 日、 ② ____ 月 ____ 日、 ③ ____ 月 ____ 日 or 希望曜日(____ 曜日)						

➤ 検査予約の場合： 次項の依頼項目にチェックください

※ 診察予約の場合には、《外来診察》予約依頼票をご利用ください！

検査前のチェックリスト（必須！ 予約時に同時 FAX 提出）

患者氏名： _____

MRI 検査 [単純、 造影]

部位；(頭部、 頸部、 胸部、 上腹部（肝胆脾・腎臓）、 骨盤（前立腺・子宮卵巣・膀胱）、
 脊椎（頸椎・胸椎・腰椎）、 関節・骨軟部（部位 _____ ）

* 撮影範囲や撮影条件は依頼内容に応じて放射線科で判断させていただきます。

・ペースメーカー（禁忌） あり なし

・人工内耳（禁忌） あり なし

* ペースメーカー、人工内耳を使用中の場合は MRI の撮影はできません。

・妊娠の可能性 あり なし

* 妊娠中は原則として MRI 検査は行いません。

・脳動脈クリップ あり なし

* 「あり」の場合、MRI 対応であることを必ずご確認ください。

・上記以外の体内金属 あり なし

* 「あり」の場合、MRI 対応であることを必ずご確認ください。

※ 当日の安全確認により、撮影をお断りさせていただく場合があります。

★ 造影 MRI の場合以下の項目も記入ください（必須）

・ガドリニウム過敏症（造影剤アレルギー） あり なし

* 過敏症の既往がある場合、造影検査はできません。

・気管支喘息(1 年以内に発作・治療を要した場合) あり なし

* 活動性の気管支喘息の患者では原則造影禁忌です。

・腎機能 (eGFR) 検査結果 (概ね 3 ヶ月以内)

eGFR _____ mL/min/1.73m² 血清クレアチニン _____ mg/dL 体重 _____ kg

* 造影検査前には必ず腎機能を確認ください。

eGFR <30 mL/min/1.73m² の場合は、造影 MRI は行えません。

※ 当日の安全確認により、単純撮影に変更させていただく場合があります。

* 折り返し、FAX にて「予約回答書」、「検査申込書」などの必要書類を返信させていただきます。

受付時間；《平日》午前 8 時 45 分～午後 7 時 30 分、 《土曜日》午前 8 時 45 分～午前 1 2 時
《日曜日・休日》 受付業務なし TEL: (06) 6480-7720 (直通)

なお、FAX は 24 時間対応ですが、時間外の受付は翌日対応となります。

* 来院の際には、必ず保険証、各受給者証、詳細な病状を記した「紹介状：
診療情報提供書」をご持参ください。