

条件付きMRI対応デバイスMRI検査オーダー依頼書

[紹介元医療機関⇒心臓血管センター]

下記の項目にご記入いただき、FAX送付をお願いいたします。

ご紹介日:	年 月 日
患者氏名:	
生年月日:	明 大 昭 平 年 月 日 (歳)
紹介元医療機関名:	
紹介医師名:	
部 位:	⇒部位につきましては、別紙のMRI部位リスト口欄に✓を入れてください。
臨床診断、病名:	
主訴、臨床経過 検査目的、コメント:	
依頼コメント:	

※印は必須項目となります。口欄に✓点を入れてください。

※区 分: ☐通常 ☐緊急 ☐至急(入院のみ)

※妊 娠: ☐無 ☐有

※心臓ペースメーカ
(MRI対応): ☐無 ☐有

※MR用造影剤使用有無と
患者説明・同意: ☐無(造影無し) ☐有(同意)

※MRI用造影アレルギー: ☐無 ☐有 ☐不明

※造影剤副作用歴: ☐発疹 ☐血圧低下 ☐吐き気、嘔吐 ☐咳 ☐その他

※閉所恐怖症: ☐無 ☐有

※体内金属: ☐無 ☐有

□有の場合: ※[どのような金属ですか?]
※MRI撮影可能な金属ですか?: ☐可 ☐不可

※喘 息: ☐無 ☐有 ☐不明

※ミオコールスプレー: ☐無 ☐有

MRI撮影予定日が決まりましたら、日程を記載し当院から返送いたします。

※撮影日は、当日または翌日には、ご連絡いたします。

撮影予定日:

月 日 () 時 分

お問い合わせ先: 群馬県立心臓血管センター 〒371-0004 群馬県前橋市亀泉町甲3-12

担当: 地域医療連携室 ☎ 027-269-7455(内線:2040・2041)

地域医療連携室 専用FAX : 027-269-7286

2023.10現在