

MRI検査依頼書＜診療情報提供書＞

年 月 日

JCHO金沢病院 地域医療連携センター

TEL: 076-253-5069(直通)

FAX: 076-252-2369(直通)

紹介医療機関

医師氏名

TEL

FAX

ふりがな		性別	(西暦)		
氏名		☐ 男 ☐ 女	生年月日	年	月 日 (才)
住所	〒				
TEL		氏名		続柄	

造影	☐ あり ☐ なし	検査部位	
 「造影剤あり」の場合は、クレアチニン検査データ報告必須			
臨床診断・病名			
主訴、経過、検査目的			

検査 チェック リスト	ペースメーカー	☐ あり ☐ なし	義歯、補聴器	☐ あり ☐ なし
	脳動脈クリップ	☐ あり ☐ なし	入れ墨、アートメイク	☐ あり ☐ なし
	血管内ステントコイル・フィルター	☐ あり ☐ なし	職業上で金属を浴びている	☐ あり ☐ なし
	義眼・人工内耳	☐ あり ☐ なし	妊娠中、妊娠の可能性	☐ あり ☐ なし
	身長	cm	体重	kg
	手術の既往		☐ あり ☐ なし	
クレアチニン値 ※直近の検査データ添付でも可			()mg/dl	

希望日	第1希望	年	月	日 ()	特に希望日がない場合は、 記入不要
	第2希望	年	月	日 ()	