（様式１－a）

MRI検査依頼書＜診療情報提供書＞

年　　月　　日

石川県金沢市沖町ハ-15
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（　）	

CD-R 取扱方法	□ 後日郵送（読影結果と一緒に郵送）
	□ 検査当日に患者本人に渡す（読影結果は後日郵送）

202410改
202512改
202605改