MRI 診療情報提供書

検査予定日　令和　　年　　月　　日

氏名	様	男女	才

※造影剤使用検査のある場合は造影剤検査同意書にもご記入してください。

※検査目的・臨床診断等・・・　　**病院・医院**　　**科　Dr.**

撮像部位（○印をお付け下さい。）

骨	**脊椎**	**胸部**	**下腹部**
股関節　（右・左） 膝関節　（右・左） 足関節　（右・左） 肩関節　（右・左） 肘関節　（右・左） 手関節　（右・左）	頚椎 胸椎 腰椎 骨盤骨	胸部縦隔 乳房単純 乳房単純+造影	前立腺 膀胱 子宮・卵巣 直腸

頭部・頚部	**腹部**
頭部単純 頭部単純+造影 頭部単純+MRA（頭部動脈非造影） 副鼻腔 眼窩 頚部MRA（頚部動脈非造影） 甲状腺	肝臓単純 肝臓単純+造影 膵臓・胆嚢単純+MRCP（膵・胆管非造影） （MRCPは8時間の絶飲食をお願いします。） 膵臓単純 膵臓単純+造影 腎臓単純 腎臓単純+造影 腎臓単純+MRU（尿管非造影）

その他（上記以外）	
造影の有無	無　・　有

社会医療法人　緑壮会　金田病院
2019.5.1改定