旭川赤十字病院 共同利用申込書 MRI（FAX専用）

〒070-8530

申込年月日　　年　　月　　日

旭川市曙１条１丁目１番１号

地域医療連携室　宛

ＦＡＸ：0166-22-8287（直通）

ＴＥＬ：0166-22-8133（直通）

〈受付時間〉 8：30～16：30

〈休 診 日〉**土日・祝日**

12月29日～1月3日

5月1日（開院記念日）

紹介元

住　所：	〒
医療機関名：	
主 治 医：	
ＴＥＬ：	ＦＡＸ：
担 当 者：	

患者情報　※患者番号がわかる場合は番号と患者氏名のみ記入で構いません。

旭川赤十字病院　受診歴	あり　患者番号（　　-　　）・　なし　・　不明				
フリガナ 患者氏名	様　男 女	生年月日	大・昭 平・令	年　月　日(　歳)	
住所	〒		電話番号	ー　ー	

該当箇所にご記入お願いします。

傷病名			
依頼目的			
希望日時	第1希望　月　日　時頃	第2希望　月　日　時頃	希望なし
直近1か月の他院受診歴	外来受診：無・有（医療機関名：　受診日：　月　日） 入　院：無・有（医療機関名：　入院期間：　月　日～　月　日）		

該当箇所に〇をつけてください。

読影	要　・　不要	
造影	無　・　有	1.造影検査の場合はMRI用の「造影検査同意書(ﾁｪｯｸﾘｽﾄ)」と「造影検査説明書」も併せてFAX願います。 2.有の場合は下記①～③のチェック願います。 ①腎機能障害　：　無　（BUN値：　Cr値：　）　・　有 ②MRI造影剤過敏症　：　無　・　有 ③喘息　：　無　・　有
部位	脳　頸椎　胸椎　腰椎　肝　腎・副腎　前立腺　その他（　　）	
問診	★下記の項目(①～⑧)について該当する項目がございましたら〇をつけてください。 ①心臓ペースメーカー　②人工内耳や神経刺激装置 ③磁力で装着する義眼　④カプセル内視鏡 または イレウス管 ⑤体内金属や精密機械 ～　人工弁・脳動脈瘤クリップ・V-P(L-P)シャント・人工関節・髄内釘 ステント・外傷による金属(鉄片や銃弾等)・置き針・避妊リング・その他(　　) ⑥一週間以内に内視鏡での胃腸のポリープ切除あるいは止血処置　⑦歯科インプラント ⑧入れ墨(タトゥー)やアートメイク(まゆ毛、アイライン等)※脱色、やけど、皮膚の炎症を起こす可能性があります。	
注意事項	1.MRIが使用できない体内金属が判明した場合は検査を中止することがあります。 2.上記①～④で「有」の場合、MRI検査はできません。 3.上記⑤～⑧で「有」の場合、MRI検査の可否について事前に確認願います。 撮影不可とされた場合、予約は出来ません。	

2021.6