［□北海道医療センター用　　□連携医療機関用］

MRI・CT検査申込書（兼 診療情報提供書）

令和　　年　　月　　日

〒063-0005　札幌市西区山の手5条7丁目1番1号

北海道医療センター
地域医療連携室　宛

FAX:011-611-8112　TEL:011-611-8116

依頼医療機関
所在地

名　称

TEL　（　　）　　FAX　（　　）

医師名

フリガナ	生年月日　（明・大・昭・平・令）　年　月　日（　　歳）
患者様氏名　様　男・女	住　所 電話　（　　）
北海道医療センター受診歴の有無　□無　□有　（ 診療科 ：　　科 ）	

依頼検査	検査部位
□ CT （□単純・□造影） （□ 読影レポート）	□頭部【 脳 ・ 顔面 ・ 副鼻腔 】　□頸部　□胸部　□腹部【 上 ・ 下 ・ 上下 】 □肝・胆・膵臓　□腎臓・副腎　□脊椎【 頚 ・ 胸 ・ 腰 】　□骨盤部 □CTAngio【 脳 ・ 頚 ・ 心臓冠動脈 ・ 上肢 ・ 下肢 ・ 胸部～腹部 ・ その他（　　）】 □その他【　　】
□ MRI （□単純・□造影） （□ 読影レポート）	□脳　□頭頚部　□胸部　□腹部　□肝・胆・膵臓　□腎臓・副腎 □関節【 肩・股・膝・その他（　　）／ □右　□左　□両方 】　□脊椎【 頚・胸・腰 】 □骨盤部　□MRA【 脳 ・ 頚部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 上肢 ・ 下肢 】　□MRCP □その他【　　】
検査希望日	第1　月　日　曜日（AM・PM）　時　分頃　第2　月　日　曜日（AM・PM）　時　分頃 MRI対応PPM使用の場合は、毎週水曜日16時以降の検査となります。

連携医問診表（MRIの場合は必ずチェックをお願いします）

1. MRI検査歴	□無	□有（　　年頃）	5. 仰臥位保持(約30分)	□可	□不可
2. 脳動脈瘤クリップ	□無	□有（□MRI対応）	6. カラーコンタクト	□無	□有
3. 体内金属	□無	□有（□MRI対応）	7. 磁気ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ、義眼等	□無	□有
4. 心臓ﾍﾟｰｽﾒｰｶｰ	□無	□有（□MRI対応）	8. その他（　　）		

※ MRI対応PPMの場合は、心疾患に関する診療情報と、PPMの機種やMRI対応であることがわかるもの（PPM手帳の写し等）を添付してください。

臨床診断名：

臨床経過・検査目的・撮影方法の指示（撮影・読影時に必要ですので詳細にご記入ください。）

★造影CT・造影MRI時は必ずご記入ください　※クレアチニン値（　　mg/dl）　・検査年月日（　　年　月　日）

【患者状態】・体重（　　kg）・アレルギー（　　）・感染症（　　）・摘出臓器（　　）

検査後の画像CD－Rの運用について、いずれかを選択ください。（□にレ点をつけてください。）

□ 画像CD－R及び読影レポートを一緒に後日郵送（約1週間）します。
□ 撮影当日、画像CD－Rを患者様にお渡しします。
□ 撮影当日、画像CD－Rのみ患者様にお渡しし、読影レポートのみ後日郵送（約1週間）します。

※　検査日時は、地域医療連携室より予約票にてご案内いたします。
※　検査内容についてのお問い合わせは、直接、診療放射線科までお願いします。

電話　011-611-8111　診療放射線科（内線6106）　または　●CT検査室（内線1142 または 1143）　●MRI検査室（内線1144）