

MRI検査依頼書

< 予約・お問い合わせ先 >

社会医療法人 高清会 香芝旭ヶ丘病院

TEL:0745-77-8101 (代表番号)

FAX:0745-78-5090

TEL:0745-71-7571 (地域連携室 直通)

I D				予 約 日	令和 年 月 日 時 分
	氏 名	フリガナ	性 別	才	医療機関 主治医 TEL : FAX :
生年月日		年	月	日	
連絡先					
造影剤を使用しますか？ <input type="checkbox"/> 使用しない <input type="checkbox"/> 使用する (造影剤使用に関する同意書の記入をお願いします)					
検査部位				要確認事項	
<input type="checkbox"/>	頭部 (脳+MRA・頸部MRA・下垂体・内耳道・VSRAD)			・心臓ペースメーカー(あり・なし) ※MR対応心臓ペースメーカーも不可	
<input type="checkbox"/>	顔面 (眼窩・副鼻腔)			・体内留置金属または医療器具 ()	
<input type="checkbox"/>	胸部 (縦隔・肺野・皮下腫瘍)			・閉所恐怖症 (あり・なし) ・妊娠中または可能性(あり・なし)	
<input type="checkbox"/>	腹部 (肝・胆・膵・腎・MRCP) ボースデル (要・不要) (造影の場合、造影剤を選択してください <input type="checkbox"/> ガドビスト <input type="checkbox"/> EOB)			・ 体重 Kg	
<input type="checkbox"/>	骨盤腔 (前立腺・婦人科領域・直腸)			造影剤を使用する場合のみ 記入をお願いします	
<input type="checkbox"/>	脊椎(頸椎・頸胸椎移行部・胸椎・胸腰椎移行部・腰椎・仙尾骨・全脊椎) <input type="checkbox"/> Sagittalのみ			・ eGFR (推定糸球体濾過量) ()ml/min/1.73m ² 又は ・ クレアチニン ()mg/dl ※未記入の場合は検査ができません	
<input type="checkbox"/>	上肢 (右・左) (肩・上腕・肘・前腕・手首・手・手指)				
<input type="checkbox"/>	下肢 (右・左) (股関節・大腿・膝・下腿・足首・足・足趾)				
<input type="checkbox"/>	その他			次回、診察日	
【症状】				月 日	
【検査目的】					