

## MRI 検査（造影）依頼書

患者名	(フリガナ) 氏名	
-----	--------------	--

HBs: +, -, 未	手術既応歴: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
HCV: +, -, 未	(種類)
Wa氏: +, -, 未	
その他の感染症: (特記事項)	不整脈: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り

※血清クレアチニン 検査	mg/dl( 年 月 日採血値) [血清クレアチニン値が 1.5mg/dl以上の場合は単純撮影検査となります。]
-----------------	---

※造影検査を依頼される場合は、血清クレアチニン値（検査日）を必ずご記入ください。

- ・未検の場合は、外来診察の予約を取らせていただき、後日検査を実施します。
- ・下記の項目で「有り」に該当する場合は、原則として検査ができません。

特に必要な場合は、事前にご相談ください。

心臓ペースメーカー:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (種類)	
			☆ペースメーカーの機種により対応可能な場合があります。
心臓人工弁:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (種類)	
人工骨頭・関節:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (種類)	
手術用プレート:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (種類)	
体内金属の有無:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り (種類)	
妊娠:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 疑いあり
喘息:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	
閉所恐怖症:	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有り	
その他(特記事項):			

撮影希望部位	
検査目的(臨床診断、現病歴、臨床症状等)	
特記事項	

\* 撮影部位が複数になる場合は、部位ごとに依頼書を作成してください。