MRI検査依頼書

かわむらクリニック　宛

TEL　06-4397-7850
FAX　06-4397-7851

紹介元医療機関		TEL	
医師名		FAX	

フリガナ		連絡先TEL	
患者氏名		生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日
傷病名（紹介目的）			
検査部位 チェックして下さい	☐ 頭部MRI　☐ 頸椎　☐ 四肢 ←部位・左右記載 ☐ 頭部MRI・MRA　☐ 胸椎　（　　） ☐ 腹部（MRCP）　☐ 腰椎　☐ 骨盤腔 ☐ 腹部　☐ 仙椎　☐ 前立腺・膀胱 ☆当院では造影検査は施行していません　☆チェック項目のない部位はご相談ください		
事前チェック 有・無にチェックして下さい	撮影不可項目 ☐ペースメーカー（MRI対応も含む）・除細動器・刺激電極・人工内耳　（ 有 ・ 無 ） ☐妊娠中もしくは可能性のある方　（ 有 ・ 無 ） 確認必要項目 ☐脳動脈クリップなどの体内金属　（ 有 ・ 無 ）←担当医にMRI可能かご確認下さい ☐磁石式入れ歯・磁石式インプラント（ 有 ・ 無 ）←歯科医にMRI可能かご確認下さい ☐閉所恐怖症　（ 有 ・ 無 ）←場合により、撮影できない時もあります ☐腹部検査時は、検査4時間前より絶食でお願い致します 水・お茶は飲んでも大丈夫です		