

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・令 年 月 日
傷病名(紹介目的)			
検査部位 チェックして下さい	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頚椎 <input type="checkbox"/> 四肢 ←部位・左右記載 <input type="checkbox"/> 頭部MRI・MRA <input type="checkbox"/> 胸椎 () <input type="checkbox"/> 腹部(MRCP) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 妊娠中もしくは可能性のある方 (有 ・ 無) 確認必要項目 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 (有 ・ 無) ←場合により、撮影できない時もあります <input type="checkbox"/> 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		