

【MRI】受託検査申込書

来院時間(当院記入)

時	分
---	---

検査希望日	第1希望	令和 年 月 日 (曜日)	AM	PM	放射線科への電話連絡
	第2希望	令和 年 月 日 (曜日)	AM	PM	済 ・ 未

フリガナ		性別	生年月日
患者様氏名		男 ・ 女	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
住所	〒 - TEL ()		

下記項目のご記入をお願いします。

【撮影部位】 で囲み、カッコ内に部位を記入願います。

頭部 ()	頸部 ()
胸部 ()	腹部 ()
骨盤部 ()	※腹部MRCPの場合は、下欄「※」についてもご記入ください。
その他 ()	四肢 ()

【読影】 (有 ・ 無) 画像はCD-Rで提供いたします。

【造影剤】 (有 ・ 無) 有の場合、以下のどちらかにご記入ください。

血清クレアチニン : mg/dl (検査日: 年 月 日)

eGFR : mL/min/1.73m² (検査日: 年 月 日)

注意点:【造影剤 有】の場合、以下の書類が必要となります。

造影剤の使用についての説明および同意書 } ご記入のうえ、当日持参いただくようご案内ください。

造影検査問診票

※MRCP依頼の場合は必ずご記入ください。

(薬剤使用について) プチルスコポラミン ・ グルカゴン (使用可の薬剤を○で囲んでください)

ボースデル内用液 (可 ・ 否)

【必須項目】 必ずご記入願います。

・心臓ペースメーカー (有 ・ 無) ・手術クリップ・ステント (有 ・ 無)

・閉所恐怖症 (有 ・ 無) ・体内金属・その他 (有 ・ 無)

※体内金属…心臓人工弁・プレート・人工骨頭/関節など

【移動方法】 歩行 ・ 車椅子 ・ リクライニングチェア ・ ストレッチャー

紹介元医療機関名	TEL () / FAX ()
紹介医師名	

◆お願い◆

検査伝票をご記入いただいている場合、検査申込書とともに事前にFAXをお願いします。