

MRI検査依頼書

申込施設名			主治医		
検査予定 年 月 日	年 月 日 曜日		検査開始 予定時間	午前 午後	時 分 開始時間の5分前にはお越し下さい
患者ID			生年月日	年 月 日 (歳)	
ふりがな			連絡先	() -	
患者名	男・女				
住所					
撮影部位	☐ 頭部 ☐ VSRAD (認知症精査) ☐ 頭部MRA ☐ 頸部MRA ☐ 頸部 ☐ 骨盤 (子宮卵巣・前立腺) ☐ 脊椎・四肢 () ☐ MRA ☐ MRCP				
過去検査	有・無	造影の有・無	単純	造影	血清クレアチニン値 (mg/dl) 年 月 日データ
MRIチェックリスト	体重 k g 身長 c m	・造影検査の時の確認 ・血液データは3ヶ月前まで有効,同意書を添付してください。			
手術歴	有・無	感染症	有・無・不明		重篤副作用の相対危険度が上昇 重篤副作用の相対危険度が上昇 ショック時の対応が違います
有 ()		有 (HCV・HBV・その他)			
体内金属物	有・無	ぜんそく	有・無		
有 ()		薬剤アレルギー	有・無		
ペースメーカー	有・無	有 ()			
妊娠の可能性	有・無	βブロッカーの使用	有・無		
臨床症状・疾患名・主訴などできるだけ詳しくお知らせください。					
画像について	☐ CDまたはDVD (ビューワ付) ☐ 連携ボックス				
読影レポート	☐ 有 ☐ 当日持ち帰り ☐ 後日郵送 ☐ FAX ☐ 無		使用材料 ☐ プロハンス シリンジ () ml ☐ ボースデル内用液250ml ☐ プリモビストシリンジ () ml ☐ 生食シリンジ20ml		
撮影日	年 月 日		技師		