

MRI検査申込書

フリガナ		検査 予定日	年 月 日 時 分				
患者名		様 男・女	申込医療機関				
生年月日	西暦 年 月 日(才)	診療科	科				
独歩・車椅子・ストレッチャー		医師名					
診断 要・不要	画像記録媒体はCD-Rになります。	連絡先	TEL ()				
			FAX ()				
臨床診断： 臨床経過：		検査部位					
		<input type="checkbox"/> 頭部(脳)	<input type="checkbox"/> 骨盤部				
		<input type="checkbox"/> 頭部(脳以外)	<input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰)				
		<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 四肢				
		<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 心臓				
		<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他				
		検査目的(具体的に)					
		<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影					
		造影剤 ml					
		造影検査の場合必ずご記入下さい					
検査日 年 月 日	技師	血清クレアチニン値	Cr (mg/dl)				
検査前チェック項目		造影検査時チェック項目					
心臓ペースメーカー・人工内耳	(有・無)	ガドリニウム系造影剤過敏症	(有・無)				
脳動脈クリップ	(有・無)	気管支喘息の既往歴	(有・無)				
心臓人工弁	(有・無)	薬剤過敏症・食物性アレルギー	(有・無)				
ステント留置	(有・無)	腎機能障害	(有・無)				
他の手術での体内金属	(有・無)						
閉所恐怖症	(有・無)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">身長</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">cm</td> <td style="width: 50%;">体重</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">kg</td> </tr> </table>		身長	cm	体重	kg
身長	cm	体重	kg				
妊娠の可能性 ※女性のみ	(有・無)						

医療法人社団貴順会 吉川病院 放射線科 MRI室

TEL (075)-761-0316(代表) FAX (075)-771-0528
080-8733-7895(直通電話)

MRI検査前チェックリスト（紹介）

ID. _____ 名前 _____

※ 当てはまる項目にし点を記入してください

手術歴チェック項目

- | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 義手 | <input type="checkbox"/> シェントチューブ |
| <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ | <input type="checkbox"/> 義足 | <input type="checkbox"/> 体内自動除細動器 |
| <input type="checkbox"/> 外科用クリップ | <input type="checkbox"/> 義眼 | <input type="checkbox"/> 人工弁 |
| <input type="checkbox"/> スtent | 年 <input type="checkbox"/> 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 刺青 |
| <input type="checkbox"/> 血管内コイル | <input type="checkbox"/> 補聴器 | |
| <input type="checkbox"/> 体内埋め込みデバイス
(埋め込み型心電図など) | <input type="checkbox"/> 人工関節 | |
| | <input type="checkbox"/> 骨折接合材 (部位) | |

更衣・入室前チェック項目

- | | | |
|---|---------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入れ歯 | <input type="checkbox"/> ヒートテック | <input type="checkbox"/> 財布 (カード類) |
| <input type="checkbox"/> 歯科インプラント | <input type="checkbox"/> ブラジャー | <input type="checkbox"/> 携帯電話 |
| <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ | <input type="checkbox"/> 時計 | <input type="checkbox"/> ライター |
| <input type="checkbox"/> 化粧 (マスカラ等) | <input type="checkbox"/> 眼鏡 | <input type="checkbox"/> カイロ |
| <input type="checkbox"/> 経皮パッチ | <input type="checkbox"/> アクセサリー | <input type="checkbox"/> リブレ |
| <input type="checkbox"/> 湿布 | <input type="checkbox"/> ピアス | <input type="checkbox"/> その他金属類 |
| <input type="checkbox"/> ニトロダーム | <input type="checkbox"/> ヘアピン | <input type="checkbox"/> かつら |
| <input type="checkbox"/> ジェルネイル・マグネットネイル (検査不可) | | |

※ご不明な点は、検査担当者にお申し出下さい。

身長	cm	体重	kg
----	----	----	----

記入者 署名
