

① MRI検査 申込書 兼 紹介状（診療情報提供書）
（＊ネット、お電話にて予約確定後、FAXの送信をお願いいたします。）

検査日	年 月 日 ()	紹介元医療機関名称・所在地 所在地 医師名 TEL (- -) FAX (- -)
時 間	午前 / 午後 時 分	
読影結果報告 どれか1つ ○してください。	・至急 結果FAX（レポート・CD郵送） 7日以内に発送 ・至急 結果FAX（レポート郵送・CD患者手渡し） 3～4日以内に発送 ・後日 通常郵送（レポート・CD郵送） 7日以内に発送	

フリガナ		性別	生 年 月 日
患者氏名	様	男 / 女	昭和 / 平成 / 令和 年 月 日

撮影方法 ○してください。	単 純 / 造 影
------------------	---

撮影部位 ○してください。	頭部 / 顎関節 / 上顎 / 下顎 / 頸部 / 上腹部（肝 胆 膵 腎 副腎） 下腹・骨盤部 / 脊椎（ 頸椎 胸椎 腰椎 ） / 上肢（右 / 左） / 下肢（右 / 左） その他
------------------	---

ご依頼の内容（病歴・主な症状など）

検査前チェックリスト

心臓ペースメーカー、人工内耳、体内自動除細動器など	無 / 有 ()
閉所恐怖症	無 / 有 ()
体内金属	無 / 有 (非磁性体・磁性体、部位)
アートメイク、刺青など	無 / 有 ()

(MRI) 造影剤使用前チェックリスト

造影剤使用歴	無 / 有 (時期と検査名)
造影剤副作用歴	無 / 有 (時期と症状)
気管支喘息	無 / 有 (一番最近の発作の時期)
腎障害	無 / 有 (病名)
血清クレアチニン値	mg/dl、 eGFR ml/分/1.73m ²
喘息以外のアレルギー歴	無 / 有 ()
甲状腺疾患	無 / 有 ()
妊娠またはその可能性	無 / 有

(造影の場合)

* 気管支喘息、eGFR低値 (<30) の場合は撮影を単純に切り替えさせていただくか、もしくはお断りする場合もございます。

* 血清クレアチニン値、eGFR値の記載がない場合は撮影を単純に切り替えさせていただくか、もしくはお断りする場合もございます。

* ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は、検査日含む前後2日（計5日間）は休薬してください。