

# MR I 検査 申込書兼紹介状

検査日	年 月 日 ( )	紹介元医療機関	
時間	午前・午後 時 分	の名称・所在地	
読影結果のご報告方法	<input type="checkbox"/> 後日郵送 (7日以内に発送)	医 師 名	
	<input type="checkbox"/> 後日FAX (3~4日以内に送信)	TEL ( - - )	
	<input type="checkbox"/> 不 要	FAX ( - - )	
フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	明治・大正・昭和・平成
			年 月 日
撮 影 部 位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 ( ) <input type="checkbox"/> 骨盤部		
	<input type="checkbox"/> 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 ) <input type="checkbox"/> 四肢 ( 上肢・下肢 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
ご依頼の理由 (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

## 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 あるいは eGFR _____ml/分/1.73m <sup>2</sup>
喘息以外のアレルギー歴	無 ・ 有 ( )
妊娠またはその可能性	無 ・ 有