



MRI 検査申込書

年 月 日

紹介元	
医療機関名	()
住所:	
電話番号:	FAX
紹介医師名	

ふりがな	生年月日: T/S/H	年	月	日
患者 氏名	様	電話番号:	-	-
	(男・女)	(連絡のとれる所・携帯)		
検査希望日	第1希望:	月	日	() AM・PM
	第2希望:	月	日	() AM・PM
	第3希望:	月	日	() AM・PM
検査希望部位 (○印をお願いします。)(1部位まで)				
頭+MRA ・ 頭+VSRAD ・ 椎体 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎)				
四肢 (右/左、部位:) ・ その他 ()				
撮影手法 単純 ・ 単純+造影				
連絡事項	(具体的な目標部位等をご記載ください) ※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にご持参ください。			
ペースメーカー 無 ・ 有 体内金属 無 ・ 有 妊娠 無 ・ 有				
リハビリセンター受診歴 無 ・ 有 (ID:)				
(シルバーフィットネス利用も含む)				
造影 MRI をご希望の場合は、以下もご記入ください。				
・ クレアチニン値	mg/dl	eGFR	ml/min/1.73m ³	
	(採血日	年	月	日)
・ MRI 造影剤アレルギー	無	・ 有	・ 不明	
・ 他のアレルギー	無	・ 有		
・ 喘息、腎機能不全	無	・ 有		
□造影 MRI の必要性及び危険性について説明を行い、同意書を取得しました。				
※造影検査同意書は検査当日ご持参ください。				