

基本情報（必ず記載してください）

記入日	年	月	日
フリガナ			(男)
患者氏名	様		(女)
紹介元			

MRI検査禁忌事項

- ・心臓ペースメーカー
- ・心臓人工弁
- ・人工内耳
- ・脳深部刺激装置(DBS)
- ・妊娠中

上記該当すれば検査はできません。

MRI禁忌事項なし



安全にMRI検査を受けていただくために、下記に該当する項目があれば○を記載してください。

- ・脳動脈瘤クリップ
- ・歯科矯正、インプラント
- ・刺青、アートメイク
- ・その他体内金属【 】
- ・義眼、義肢
- ・カラーコンタクトレンズ
- ・金針、金糸(美容目的)
- ・閉所恐怖症

検査部位（必ず記載してください・✓および○を記載してください）

検査の種類

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 頭部MRI | <input type="checkbox"/> 脊椎（頸椎 胸椎 腰椎） |
| <input type="checkbox"/> 頭部MRI + MRA | <input type="checkbox"/> 上肢（右 左） |
| <input type="checkbox"/> 頭部MRI・MRA + 頸部MRA | ・肩 ・肘 ・手関節 その他() |
| <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 下肢（右 左） |
| <input type="checkbox"/> 腹部（肝臓 MRCP 腎臓） | ・股関節 ・膝 ・足関節 その他() |
| <input type="checkbox"/> 骨盤 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> 皮下腫瘍() | |

単純検査

造影検査



下記は造影検査時のみご記載ください。

腎機能（eGFR値）

★3ヶ月以内のデータを記載してください。

★eGFR値30未満では造影検査はできません。

造影剤の副作用歴	(なし) (あり)	【詳しく】
喘息	(なし) (あり)	
アレルギー	(なし) (あり)	【詳しく】

お忙しいところ大変お手数ですが、MRI検査を安全に施行できるようご協力をお願いいたします。



FAX 083-228-0338（地域連携室）

ご記入後、この用紙をFAXで送信してください。