社会医療法人社団大成会　武南病院附属クリニック

MRI検査依頼票

☎ご予約はこちら☎

直通　070-1404-7428

FAX　048-282-8223

記入日：令和　　年　　月　　日	②受診者様の情報		
①依頼医療機関様の所在地及び名称	フリガナ		性別
	氏名		男・女
	生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日	
TEL FAX	住所　〒		
診療科　： ご担当の先生：	連絡先（日中連絡可能な電話番号） TEL　携帯・自宅 勤務先	身長　cm 体重　kg	

④検査予定日時	令和　　年　　月　　日　午前・午後　　時　　分
③撮影内容	☐ 撮影のみ　☐ 撮影＋読影（所見）

⑤画像提供（媒体はCD/DVD-ROMのみ）

☐ 当日ご本人（ご家族）へお渡し

☐ 後日依頼元医療機関様へ送付（読影ご希望の場合もこちら）

⑥検査項目（ご希望の検査部位に〇をつけてください）

■頭部（MRA含む）　■頸椎　■胸椎　■腰椎

■その他（　　）

⑦その他撮影に必要な情報（紹介目的・既往歴及び・症状経過及び検査結果など詳しくご記入ください）

■感染症：無・有（病名：　　）

※内容によっては別途「診療情報提供書」の作成をお願いすることがあります。

⑩検査前確認項目

●妊娠もしくは妊娠の可能性	無 ・ 有	有の場合は検査できません
●手術歴	無 ・ 有	有の場合（ ）
●埋め込み器具（ ペースメーカー・除細動器・神経刺激装置・義眼・人工内耳等	無 ・ 有	有の場合は検査できません
●その他の金属（クリップ・コイル・ステント・ボルト・人工弁等）	無 ・ 有	有の場合、部位や実施時期によって検査ができない場合があります
●入れ歯・インプラント（磁石で固定するタイプ）・歯列矯正ワイヤー	無 ・ 有	注意が必要です
●刺青・アートメイク・ネイルアート等に係る本人承諾	無 ・ 有	色素によっては火傷や変色の恐れがあるのでご本人の承諾が必要です
●カラーコンタクトレンズ	無 ・ 有	色素によっては火傷や変色の恐れがあるため検査時は外してください
●増毛パウダー等、金属成分を含む製品	無 ・ 有	成分によっては火傷等の恐れがあるため検査できません
●30分～1時間の安静	可 ・ 不可	不可の場合は検査できません

※予約時間の15分前までにご来院ください。

※検査当日の問診時に当院における禁忌事項に該当した場合は検査を中止します。