

(宛先)

MRI 検査依頼

名市大 西部医療センター 地域医療連携センター

FAX 番号 (052) 856-0049

依頼機関

医療機関名

医療機関連絡スタッフ名

TEL

FAX

依頼日：令和 年 月 日

フリガナ 患者氏名	連絡先： — —	男 女	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日
住所			
希望検査日	第1希望： 月 日 () AM・PM	※造影検査は 午前中のみです。	
	第2希望： 月 日 () AM・PM		
希望検査部位：○を一つ付けてください (1) 頭+MRA (2) 頭+VSRAD (3) 頸部 MRA (4) 頸椎 (5) 胸椎 (6) 腰椎 (7) 股関節 (8) 肝臓 (9) 腎臓 (10) 膀胱 (11) 前立腺 (12) 子宮・卵巣 (13) MRCP (14) その他： ◆関節等につきましては、その他に○ を付け、右の空欄に記載してください。		(撮影部位・注意事項を記載・図示してください。) ※ 造影検査の場合、ご記入ください。 ※必ず、ご記入ください	
撮影方法： 単純 単純+造影			

※必ず、ご記入ください

① 妊娠の有無：有 (週) ・ 無	② 体内金属： 有 ・ 無 (シャントを含む)	③ ペースメーカー： 有 ・ 無
---------------------	----------------------------	------------------

※造影検査の場合、ご記入ください

※10歳未満の方は、小児科へご依頼ください。

④ クレアチニン _____ mg/dl eGFR _____ ml/min/1.73m ³ 採血日 ____ 年 ____ 月 ____ 日 (eGFR30未満は造影できません。採血日1年以上前の場合、改めて血液検査を行ってください。)	
⑤ MRI 造影剤アレルギー 無 ・ 有 ・ 不明	⑥ 喘息、腎機能不全 無 ・ 有
⑦ 他のアレルギー 無 ・ 有 (内容： _____)	