

(宛先)

MRI 検査依頼票

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 () PM

第2希望： 月 日 () PM

※造影検査は

午前中のみです。

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 ・ 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クレアチン _____mg/dl eGFR _____ml/min/1.73m³ 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。)

⑤MRI 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：)