

## MRI検査依頼書

検査目的	<p>いずれかに○をご記入ください。</p> <p>① MRI検査を受けてみたい。(全額個人負担)</p> <p>② 人間ドック等でMRI検査(精密検査)を勧められた。 ※保険証・人間ドック結果表等持参</p> <p>③ 医療機関からの紹介(診療情報提供書あり) ※保険証・診療情報提供書等持参</p> <p>※1 造影剤を使用する場合は、別添2の用紙に記入をお願いいたします。</p> <p>注) 造影剤を使用する場合は、下記の血液検査結果が正常でなければ検査できません。        クレアチニン値 ・ e-GFR値</p> <p>また、過去に造影剤検査を行ったことがある方は、に造影剤に対するアレルギーがないことも重要になりますので、下記チェックリストの12・13への記入をお願いいたします。</p>
------	--

検査予定日(第1希望)	西暦	年	月	日	時	分
検査予定日(第2希望)	西暦	年	月	日	時	分
検査予定日(第3希望)	西暦	年	月	日	時	分

検査部位	□頭部 (□VSRAD)	□腹部 (□肝 □MRCP)	□前立腺
	□頸部	□脊椎 (□頸椎 □胸椎 □腰椎)	□子宮 (□卵巣)
	□胸部	□四肢 (□右 □左 □両 部位 )	□その他( )
	□乳房	□股関節 (□右 □左 □両)	

フリガナ				<input type="checkbox"/> 男	□明治 □大正 □昭和 □平成 □令和
氏名				<input type="checkbox"/> 女	年 月 日 ( 歳)
住所	〒				
連絡先	携帯番号			自宅	

チェックリスト 必ず、ご記入 ください！	1. 心臓ペースメーカー (ICD) (無・有)	8. 閉所恐怖症 (無・有)
	2. 頭蓋内クリップ (無・有)	9. 刺青・アートメイク (無・有)
	3. 心臓の人工弁 (無・有)	10. 体内金属 (無・有)
	4. 人工内耳・中耳 (無・有)	11. 妊娠の可能性 (無・有)
	5. 義歯・義眼 (無・有)	12. 造影剤アレルギー (無・有)
	6. 気管支喘息 (無・有)	13. 過去に造影検査した (無・有)
	7. 来院方法 (歩行・車椅子)	
備考		



川口パークタワークリニック  
 埼玉県川口市幸町1-7-1  
 川口パークタワー2F

FAX : 048-229-6931  
 ☎ : 048-299-4106

# MRI検査問診票・同意書

安全に検査を行うため、以下の項目について該当するものに☑をつけてください。

また、“はい”のチェックを付けた方は続けて詳細を教えてください。

1. 今までに、造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

いいえ  はい：CT検査・MRI・その他( )

2. その時、副作用はありましたか？

いいえ  はい：発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他( )

3. 今までに、喘息といわれたことがありますか？

いいえ  はい

4. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

いいえ  はい

アレルギーの内容は何ですか？ ( )

5. てんかん・けいれん発作を起こしたことがありますか？

いいえ  はい

6. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことがありますか？

いいえ  はい

以下、女性の方へ

7. 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

いいえ  はい  わからない

8. 授乳中ですか？

いいえ  はい

患者署名欄

MRI検査について十分に説明を受け、検査を受けることに同意いたします。

(西暦) 年 月 日

本人

(電話番号)

代理人

(続柄)

川口パークタワークリニック



# 《外来》MRI検査照射録

検査日	年	月	日	時	分	予約者

ID						
患者名						様
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	( 歳)	男・女

臨床目的 及び 検査目的	
--------------------	--

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> VSRAD )	<input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 )
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 四肢 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 部位 )
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 股関節 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 前立腺
	<input type="checkbox"/> 腹部 ( <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> MRCP )	<input type="checkbox"/> 子宮 ( <input type="checkbox"/> 卵巣 )
	<input type="checkbox"/> その他 ( )	

造影剤	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有		
薬剤	<input type="checkbox"/> ガドビスト	<input type="checkbox"/> プリモビスト	<input type="checkbox"/> ボースデル	
	体重	kg	ml使用	GFR区分

採血日	保・健	月	日	CRE	mg/dl	e-GFR
-----	-----	---	---	-----	-------	-------

備考欄	
-----	--



施行者	
-----	--