

## 紹介患者様MR I 検査予約申込書

医療機関名： \_\_\_\_\_

紹介医師名： \_\_\_\_\_ 先生

### 紹介患者様情報

フリガナ		性別	生年月日	年齢
氏名	(旧姓)	男・女	M T S H 年 月 日	
住所	〒 _____ TEL ( ) _____			

検査希望部位（造影剤使用希望：なし・あり）※喘息があるときは、造影できません。

部位：頭部・頸部・胸部・乳腺・腹部・骨盤部・頸椎・  
胸椎・腰椎・肩関節・膝関節・股関節・その他（ ）

造影剤使用希望「あり」のとき

CRE \_\_\_\_\_ (eGFR \_\_\_\_\_)  BUN \_\_\_\_\_

検査希望日

月 日 曜日 時 分～

備考

<input type="checkbox"/> ペースメーカー	<u>なし・あり</u>	<input type="checkbox"/> 入れ墨	<u>なし・あり</u>
<input type="checkbox"/> 心臓人工弁	<u>なし・あり</u>	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症	<u>なし・あり</u>
<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ	<u>いいえ・はい</u>	<input type="checkbox"/> 補聴器	<u>なし・あり</u>
<input type="checkbox"/> 手術歴	<u>なし・あり</u>	<input type="checkbox"/> 体重	_____ kg
<input type="checkbox"/> 体内金属（人工骨頭、人工関節、手術用クリップ、動脈瘤クリップ、入れ歯、インプラント、整形外科素材、スワンガンツカテーテル、脳室シャントチューブなど）			<u>なし・あり</u>
<input type="checkbox"/> これまでMR I撮影をしたこと（他院を含む）	<u>なし・あり</u>		
<input type="checkbox"/> （女性のみ）現在妊娠している	<u>いいえ・はい</u>		

送信者様氏名

※本書と一緒に、診療情報提供書を送信してください。