MRI・CT検査依頼書

年　月　日

検査日	年　月　日（　）
時間	AM・PM　時　分

紹介元医療機関
の名称・所在地

医師名

電話番号
FAX番号

ふりがな		性別	生年月日
患者氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成・令和 年　月　日

検査区分	MRI ・ CT MRIの場合 ： 3T・1.5T・どちらでも可	造影の有無	有 ・ 無 Cr値：（　）

撮影部位	☐ 頭部 ☐ 頸部 ☐ 胸部 ☐ 腹部（　）　☐ MRCP ※ ☐ 骨盤部（　） ☐ 脊椎【 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 】 ☐ 四肢【 股関節 ・ 膝 ・ 足関節 ・ 足部 ・ 肩 ・ 肘 ・ 手関節 ・ 手部 】（右 ・ 左） ☐ その他（　） ※MRCPでは経口投与造影剤（ボースデル）を検査直前に飲んでいただきます。

主訴・病歴・主な症状など

■下記の検査ご依頼の場合、各事項のチェックをお願いいたします

― *MRI* ―

有　無

☐ ☐ 体内金属 ： 心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属（　）
☐ ☐ 刺青、タトゥー、アートメイク
☐ ☐ 妊娠もしくは妊娠の可能性
☐ ☐ 閉所恐怖症

・MRI対応のペースメーカー・ICDもございますが、当院ではMRI禁忌です。
・冠動脈ステントは、当院では留置2カ月以降でご案内しております。
・内視鏡止血用クリップは、当院では留置1カ月以降でご案内しております。

― *造影MRI* ―

☐ ☐ 腎機能障害
☐ ☐ 造影剤アレルギーの有無 （造影剤名：　症状：　）
☐ ☐ 喘息の有無

― *造影CT* ―

☐ ☐ ヨードまたはヨード製剤に過敏症の既往
☐ ☐ 重篤な甲状腺疾患のある方
☐ ☐ 喘息の有無
☐ ☐ 腎機能障害
☐ ☐ 造影剤アレルギーの有無 （造影剤名：　症状：　）
☐ ☐ 糖尿病の内服の有無 （薬剤名：　）

医療法人社団　東京石心会　新緑脳神経外科
お問い合わせ番号：045－355－3600