

# MRI検査依頼表

ID 青木病院にて記入します		検査年月日 平成 年 月 日 :						
フリガナ		施設名						
氏名		依頼医師サイン						
生年月日 明・大 昭・平 年 月 日		腎機能関連	血液検査日(造影検査時に必要) 年 月 日					
年齢 歳	体重 kg		<table border="1"> <tr> <td>クレアチニン値</td> <td>eGFR</td> <td>グレード</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	クレアチニン値	eGFR	グレード		
クレアチニン値	eGFR	グレード						
性別 男・女		造影後の点滴(グレード3以上で必要) ← なし あり( / h )						
		撮影方法 単純撮影 ・ 造影撮影(単純含む)						
撮影部位 (検査希望部位に をつけてください。1検査1部位でお願いします) 頭部( 脳 ・ MRA ・ 脳+MRA ・ 下垂体 ・ 内耳道 ・ 眼窩 ) 腹部( 上腹部 ・ 肝臓 ・ 胆嚢 ・ 膵臓 ・ 腎臓 ) 腹部+MRCP( 陰性経口造影剤の使用有り ・ 陰性経口造影剤の使用無し ) 骨盤部( 下腹部 ・ 子宮 ・ 卵巣 ・ 前立腺 ・ 膀胱 ) 脊椎( 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙椎 ) 上肢( 右 ・ 左 ; 肩関節 ・ 上腕骨 ・ 肘関節 ・ 前腕骨 ・ 手関節 ・ 手部 ) 下肢( 右 ・ 左 ; 股関節 ・ 大腿骨 ・ 膝関節 ・ 下腿骨 ・ 足関節 ・ 足部 ) その他( )								
検査目的および具体的指示について記載下さい								
MRIチェックリスト チェックで『有』がある方は検査を受けられない場合があります								
ペースメーカー ( 無 有)		閉所恐怖症 ( 無 有)						
刺青 ( 無 有)		妊娠の可能性 ( 無 有)						
体内金属・インプラント( 無 有) 詳細記入【		】						
その他特記事項【		】						