

MRI検査依頼票

フリガナ			
氏名			
生年月日	年	月	日

検査依頼日時	年	月	日	AM PM	時	分～
--------	---	---	---	----------	---	----

医師名		医療機関名	
-----	--	-------	--

検査部位			
------	--	--	--

造影	有 ・ 無	造影検査の際は3ヶ月以内の採血データが必要です。	
		・クレアチニン値 ()	・eGFR値 ()
		喘息 (有 ・ 無)	

傷病名			
-----	--	--	--

検査目的			
------	--	--	--

既往歴			
-----	--	--	--

患者情報	※患者の状態によっては検査不可の場合がございます。		
------	---------------------------	--	--

体内金属 (有 ・ 無)
ペースメーカー・人工内耳・動脈瘤クリップ・人工関節・入れ墨(変色の可能性あり)

体外金属 (有 ・ 無) ※検査前に外して頂きます。
義眼・義手・義足・インプラント・義歯・ウィッグ・補聴器・カラーコンタクトレンズ

その他
心臓の貼り薬(有 ・ 無) 閉所恐怖症(有 ・ 無) 妊娠(有 ・ 無)

出力希望媒体	(CD ・ フィルム)
--------	---------------



福岡ハートネット病院

FUKUOKA HEARTNET HOSPITAL