

# MR検査依頼票

予 約 日 時	年 月 日 : 予約
フリガナ 紹介患者指名	
部 位	<input type="checkbox"/> 頭部・顔面 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )
妊 娠 ・ 授 乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠中 (撮影承諾済み) <input type="checkbox"/> 授乳中 <small>※MR検査において胎児の安全性は確立されていません。          ※造影剤は母乳に移行するので、注射後24時間は断乳してください。</small>
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> MR対応あり (事前連絡が必要)
埋込式除細動器 人工内耳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
体内金属	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
造 影	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 画像診断医に一任

◆造影MRをご希望の方は下記にもご記入ください

MR 造 影 剤 ア レ ル ギ ー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
腎 機 能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常    ★ Cr値 ( )
喘 息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり