

# MRI検査依頼書

患者情報  名前：  生年月日：                      性別：	あなたの検査日は、  年      月      日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後                      時      分 です
	依頼医師名
	(Blank space)
	(Blank space)

検査部位		
<input type="checkbox"/> 脳ルーチン <input type="checkbox"/> MRAngio	造影剤の使用	血清クレアチニン値 mg/dl
<input type="checkbox"/> 脊髄(                      )ルーチン <input type="checkbox"/> 腹部ルーチン <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 関節(                      )ルーチン <input type="checkbox"/> その他(                      )ルーチン		有り ・ 無し
		※血清クレアチニン値が 1.0mg/dlを超える場合、注意 してください。重篤な症状が 現れる場合があります。  ※撮影は堀江のルーチンです。

検査目的(具体的に)	
(Blank space for examination purpose)	
<input type="checkbox"/> 造影剤過敏症 無／有(                      ) <input type="checkbox"/> 感染症                      無／有(                      ) <input type="checkbox"/> 検査事前調査表の記入チェック⇒ 医師の許可(有り ・ 無し)	※必ず記入してください 体重：      kg