

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
午前
午後 時 分 です

依頼医師名

検査部位		
<input type="checkbox"/> 脳ルーチン	造影剤の使用	血清クレアチニン値 mg/dl
<input type="checkbox"/> MRAngio		
<input type="checkbox"/> 脊髄()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。
<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		※撮影は堀江のルーチンです。

検査目的(具体的に)
読影依頼 [有り・無し]
<p><input type="checkbox"/>造影剤過敏症 無／有() ※必ず記入してください</p> <p><input type="checkbox"/>感染症 無／有() 体重: kg</p> <p><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)</p>