

さくら会病院 放射線科 MRI 検査予約申込書（FAX予約用）

FAX番号：072-367-7775（地域連携室 9：00～17：00）

医療機関名

依頼医師名

電話番号

住所

FAX番号

患者情報

フリガナ		生年月日	西暦・昭和・平成・令和
患者氏名		性別	年 月 日（ 歳） 男性 ・ 女性

診療情報提供書

傷病名	
症状	

検査希望日

第1希望日 月 日

第3希望日 月 日

第2希望日 月 日

☐ いつでも可能

検査項目

撮影部位にチェックを入れてください（1枚の用紙で1検査の予約です）

MRI	☐ 頭部(MRAも含む) ☐ 頭部 + VSRAD(対象年齢：50歳以上)
	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 下部胸椎～腰椎
	☐ 肩関節 ☐ 膝関節 ☐ 股関節 ☐ その他（ ）
	☐ 腹部 ☐ MRCP(4時間前より絶飲食) ☐ その他（ ）

※当院では造影検査はお受けできません

MRI 問診表

（該当する場合、検査を行えないことがあります）

【禁忌】心臓ペースメーカー（MRI対応型であっても不可）	☐ あり ☐ なし
【禁忌】体内埋め込み式生命維持装置（神経刺激装置・迷走神経刺激装置 など）	☐ あり ☐ なし
【禁忌】西暦2000年以前に施行されたクリップやステント、心血管留置カテーテル	☐ あり ☐ なし
【禁忌】人工内耳	☐ あり ☐ なし
脳室シャント	☐ あり ☐ なし
閉所恐怖症であるか	☐ あり ☐ なし
入れ墨・タトゥー・アートメイク	☐ あり ☐ なし
リブレやホルター心電図などの測定装置	☐ あり ☐ なし
磁石で固定する入れ歯（インプラント）を使用している	☐ あり ☐ なし
妊娠、またはその可能性があるか（胎児に対する安全性が確立されていないため）	☐ あり ☐ なし

上記、禁忌・確認項目について患者側に確認し、検査の同意を得ました

令和 年 月 日 依頼医師