

MRI 検査申込 同時 FAX 用

MRI 検査をお申込み頂いた際、その都度当方より同内容を FAX させていただきますが、本 FAX のコピー等を保管頂き、予約時に同時に FAX 頂いても結構です。

フリガナ		生年月日
患者氏名		☐ 大 ☐ 昭 ☐ 平 ☐ 令 ☐ 西暦

MRI 検査予約時の追加確認項目(2026/8/1～)

A. ペースメーカー等埋め込み装置 ☐ なし

MRI 対応の装置であっても、埋め込み有りの場合は、当院では検査いたしかねます。(ペースメーカー、除細動付きペースメーカー等)

B. 体内金属 ☐ なし ☐ あり

「あり」の場合は下欄もご記入ください

部位	内容(時期、素材、施術医療機関等)	検査可否の確認状況
		☐ 施術元に確認済(撮影可能) ☐ 施術元に確認中(これから確認含む) ☐ 確認不可能(施術元不明など)

以下(C, D)は『造影 要』または『放科一任』の場合のみ記載ください

C. 気管支喘息(現症・既往) ☐ なし ☐ あり

気管支喘息「あり」の場合…5年以内の喘息発作 ☐ なし ☐ あり

D. 腎機能障害 eGFR 値= mL/min/1.73m²

または 血清クレアチニン mg/dl (測定日: 年 月 日)

eGFR<30mL/min/1.73m² の場合は造影検査不可です。(有効期間が 6 ヶ月に変更となりました)

注:「造影 要」でお申し込み頂いた場合でも、症状等により造影無しの単純撮影で対応させて頂く場合がございます。あらかじめご了承ください。