

| | | | | | |
|---|---------|------------------------------------|--|--|--|
| 氏名 | | 検査予約日 | | MRI検査 | |
| 男 女 | | 年 月 日 () | | | |
| | | 午前 ・ 午後 | | 時 分 | |
| 生年月日 | 年 月 日 歳 | | | 緊急度 普 ・ 急 | |
| <input type="checkbox"/> 頭部 | | <input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左) | | 独歩 ・ 車椅子 ・ 担送 | |
| <input type="checkbox"/> 頭部MRA | | <input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左) | | 内科 外科 整外 脳外 循内 | |
| <input type="checkbox"/> 頸部MRA | | <input type="checkbox"/> 腹部 | | | |
| <input type="checkbox"/> 頸椎 | | <input type="checkbox"/> 骨盤 | | | |
| <input type="checkbox"/> 腰椎 | | <input type="checkbox"/> MRCP | | | |
| <input type="checkbox"/> 股関節 (右・左) | | <input type="checkbox"/> 下肢MRA | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | 指示 医師 | |
| | | | | 撮影 技師 | |
| 造影 | | 有 ・ 無 | | 【確認事項】 | |
| <input type="checkbox"/> プロハンス (13・17) ml × 本 | | | | ペースメーカー 検査中止 | |
| <input type="checkbox"/> ボースデル × 包 | | | | 体内金属物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | | | () | |
| | | | | 妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | | | 不整脈 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | | | てんかん <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | | | 付属物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| | | | | () | |
| 検査目的 | | | | | |