

患者氏名： _____ 様 (男 ・ 女)	
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳	
住所： _____	
日中連絡のとれる電話番号： _____	
ご紹介先医療機関： _____ 科名： _____	
住所： _____	
電話番号： _____	
ご担当医師名： _____	
予約日時： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) _____ 時	
傷病名・目的： _____	
既往歴・経過： _____	
検査部位： <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顔面 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 肩 (右・左) <input type="checkbox"/> 肘 (右・左) <input type="checkbox"/> 手関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 手指 (右・左) <input type="checkbox"/> 股 (右・左) <input type="checkbox"/> 膝 (右・左) <input type="checkbox"/> 足関節 (右・左) <input type="checkbox"/> 足趾 (右・左) <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 上腹部 (_____) <input type="checkbox"/> 下腹部 (_____) <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> その他 (_____) ◆現在の体重： _____ Kg <input type="checkbox"/> 読影なし (検査のみ) <input type="checkbox"/> 読影あり	
MRI用検査前チェック (厳重にお願い致します)	
妊娠： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____ 週または可能性含む) 有の場合は原則検査不可	
禁忌	適応注意
心臓ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有は検査不可	マグネット義歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
人工内耳： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有は検査不可	義眼： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
脳動脈クリップ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	閉所恐怖症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
ステント： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	刺青・アートメイク： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
体内金属： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	

*腹部検査の方は検査前日の夕食より絶食でお願い致します。水分 (水、お茶) は可能。