

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： ☐ 頭部 ☐ 顔面 ☐ 顎関節 ☐ 副鼻腔 ☐ その他 () ☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ その他 () ☐ MRA ☐ 肩 (右・左) ☐ 肘 (右・左) ☐ 手関節 (右・左) ☐ 手指 (右・左) ☐ 股 (右・左) ☐ 膝 (右・左) ☐ 足関節 (右・左) ☐ 足趾 (右・左) ☐ 胸部 ☐ 縦隔 ☐ 上腹部 () ☐ 下腹部 () ☐ 骨盤 ☐ その他 () ◆現在の体重： Kg ☐ 読影なし (検査のみ) ☐ 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： ☐ 無 ☐ 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： ☐ 無 ☐ 有は検査不可	マグネット義歯： ☐ 無 ☐ 有
人工内耳： ☐ 無 ☐ 有は検査不可	義眼： ☐ 無 ☐ 有
脳動脈クリップ： ☐ 無 ☐ 有 ()	閉所恐怖症： ☐ 無 ☐ 有
ステント： ☐ 無 ☐ 有 ()	刺青・アートメイク： ☐ 無 ☐ 有
体内金属： ☐ 無 ☐ 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。