

※お願い※ 一緒に直近の血液検査のデータをFAXしてください。

放射線部検査事前確認事項シート

患者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
------	--	-----	------	-------

造影MRI検査用

確認事項	回答欄		特記事項
妊娠	あり	なし	妊娠12週以内は検査不可
体内金属・医療機器	あり → 下記のどれですか？(当てはまるものに○) クリップ・コイル・ステント・人工関節・その他(3ヵ月以内の内視鏡検査(大腸・胃カメラ等)における止血クリップ)	なし	体内金属の有無及びMRI対応／非対応について記載のない場合は検査不可
	→それはMRI対応品ですか？(当てはまる方に○) いいえ	はい	
※注意事項 CIED's(ペースメーカー等)・神経刺激装置・脊髄刺激装置・人工内耳			左記挿入患者は検査不可
気管支喘息	あり → 既往・治療中	なし	ありの場合、実施要相談
Gd造影剤副作用歴	あり → 症状:	なし	検査不可
薬剤アレルギー	あり → 薬剤名: 症状:	なし	ありの場合、実施要相談

腎機能の検査は必須です。 eGFR値 () CRE値 () ※検査日 年 月 日
eGFR30未満の場合は検査不可

貴院にて上記をご確認いただいた方のお名前の記載をお願いします。医療機関名 氏名

※ペースメーカーの入っている方の予約の際はペースメーカー手帳の機種名が載っているページを申し込み時に必ずFAXしてください。

※eGFR値は必ずご記載ください。Cre値しか測定していな場合も換算の上、原則eGFR値を書き添えていただけると幸いです。