

MRI検査依頼確認書（事前FAX用）

20 年 月 日

検査依頼前に各確認事項を確認し、FAXで送信してください。

1) MRI撮像に関する確認事項

1. 狭い空間での30分程度の安静臥床に問題がない。 はい いいえ
2. 体内に電子機器がない。（例：ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳など）
 はい いいえ
3. 体内に金属がない。 はい いいえ
「いいえ」の場合：内容（_____）
4. 妊娠中でなく、かつ妊娠の可能性がない。 はい いいえ

（以下は、造影MRI依頼時のみに記入）

2) 造影剤投与に関する確認事項

1. ガドリニウム系造影剤で副作用の既往がない。 はい いいえ
2. 気管支喘息がない。 はい いいえ
3. 直近3ヵ月以内の腎機能の評価を行った。 はい いいえ

eGFR : (_____) mL/min/1.73m² 測定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

（その他の注意事項）

1. 造影MRI検査を受けられる方で授乳中の場合は、事前に北里大学病院トータルサポートセンターにお問い合わせください。

患者氏名

フリガナ

紹介元

医師名