

M R I 検査

患者氏名：		
(漢字)	様	才
生年月日：		
患者移送：	歩行	車椅子
		ストレッチャー

検査部位 (1 部位のみ)	チェックリスト (記載ない場合 検査は出来ません)
脳・脳神経	心臓ペースメーカー (禁忌) なし
頭頸部 (対象部位 _____)	心臓人工弁 あり なし
胸部 (対象臓器 _____)	体内金属 (脳動脈クリップ等含む) あり なし
腹部 (対象臓器 _____)	(部位 _____ 金属名 _____)
骨盤部 (対象臓器 _____)	義眼・眼内レンズ あり なし
(右・左) 上肢 (対象部位 _____)	妊娠 あり なし
(右・左) 下肢 (対象部位 _____)	閉所恐怖症 あり なし
頸・胸・腰椎 / 髄 _____ 番	喘息 あり なし
その他	薬物過敏症 (薬剤名 _____) あり なし
	体重 _____ kg