## 医療機関名

医師名

串	耂	Æ	夕
<i>=</i> 100	т	LA.	1

様

希望日	第一希望    年	月 日	第二希望 年 月 日
□ СТ	<b>都位</b> □ 頭部 □ 頚部	□ <b>単純</b>	
	□ 胸部 □ 腹部 □ その他( )	□ 造影 □ 放射線科 医師に一任	<ul> <li>※3ヵ月以内の腎機能データー (※必須)</li> <li>・eGFR( )</li> <li>・クレアチニン( )</li> <li>※ピグアナイド系糖尿病服用(有 ・ 無)</li> <li>※アレルギー体質(有 ・ 無)</li> <li>※過去に造影剤副作用(有 ・ 無)</li> <li>※気管支喘息(有 ・ 無)</li> <li>※甲状腺機能亢進症(有 ・ 無)</li> <li>※腎機能低下(有 ・ 無)</li> </ul>
□ MR	<b>部位</b> □ 頭部 □ MRA	□単純	
	□ 胸部 □ 腹部	□ 造影 □ 放射線科 医師に一任	<ul><li>※3ヵ月以内の腎機能データー (※必須)</li><li>・eGFR( )</li><li>・クレアチニン( )</li></ul>
	<ul><li>□ 腰椎 □ 骨盤</li><li>□ その他</li><li>※(右・左)含め、</li><li>具体的に記載下さい</li><li>□ MBCB</li></ul>		※該当項目に〇を、お願いします。 ・MR対応ペースメーカー ・体内金属片 ・心臓人工弁 ・脳動脈瘤クリップ ・人工骨関節等  ※MRは、一度のお申込みで一部位となります
	☐ MRCP		※MRCPは、必ず当日朝絶食でお願いします

- ※欄は、もれなくご記入下さい。
- ※検査申込書とは別途、診療情報提供書をお願いいたします。
- ※検査の結果は後日、画像CD-ROMとともに、郵送させていただきます。