

平成 年 月 日

MRI検査依頼票

患者氏名 _____ 様

臨床症状

疑われる病名

検査部位

頭部 MRI 頸椎

頭部 MRI / MRA 胸椎

頭頸部 MRA 腰椎

検査に対するご要望

特に必要とされる撮影方法や、注意事項などございましたらご記入ください。

記入者 _____



湘南鵠沼脳神経クリニック

TEL 0466-35-1101

FAX 0466-35-1102

M R I 予約・問診票

検査予約日時 氏名	様
年 月 日	曜日
AM / PM	時

次の方は検査を行うことができません

- ・心臓ペースメーカー・人工内耳・神経刺激装置を埋め込んでいる方
- ・約15分間安静を保てない方
- ・閉所恐怖症の方
- ・円背や亀背等で仰向けになれない方

お手数ですが、以下質問にご記入頂き、検査当日受付までお持ち下さい

過去にMRI検査を受けたことがある	は い ・ いいえ
狭いところが苦手である	は い ・ いいえ
妊娠中又は妊娠の可能性がある	は い ・ いいえ
刺青（いれずみ・タトゥー）・眉のアートメイクをしている	は い ・ いいえ
手術やケガで体内に金属を埋め込んでいる（どこに？ ？ ）	は い ・ いいえ
貼付薬、エレキバン、カイロ等を身に着けている（部位を問わず）	は い ・ いいえ
入れ歯をしている（インプラント・歯の治療は問題ありません）	は い ・ いいえ
かつら・ウィッグ・増毛スプレー、簡易タイプ白髪染め をつけている	は い ・ いいえ
補聴器をしている	は い ・ いいえ
身長 cm / 体重 kg	

検査を受けられるご本人の署名

代筆の場合：続柄（ ）

当日は混雑具合により、検査開始時間が前後する場合がございますがご了承ください。
予約変更・キャンセル等お問い合わせは こちらへお願いいたします。



湘南鵠沼脳神経クリニック

TEL 0466-35-1101