MRI検査　（記録）

ID

氏名
年齢
性別

検査日時
年　月　日（　）
午前・午後　時　分

科　医師 | 技師

臨床病名・検査目的

外来・入院（3F・4F・5F）・検診
他施設【　】

体重
kg

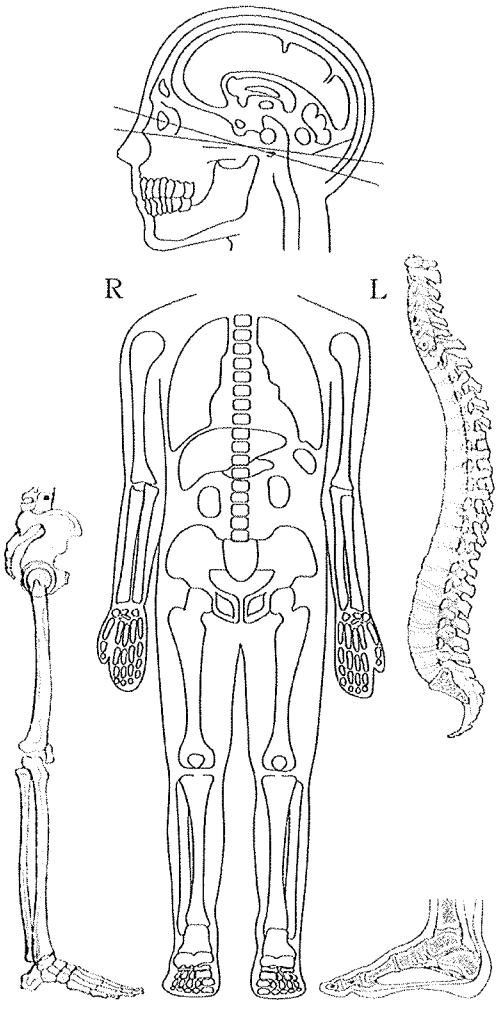
検査部位

頭部	胸部	上肢	脊椎	非造影血管
□ 脳 □ 外傷 □ 小脳・脳幹 □ MRA精査 □ アルツハイマー評価（VSRAD）	□ 胸部 □ 縦隔 □ 肺血管	□ 肩関節　R・L □ 上腕部　R・L □ 肘関節　R・L □ 前腕部　R・L □ 手関節　R・L □ 手指 R・L（　）指	□ 頚椎　(C.　) □ 胸椎　(Th.　) □ 腰椎　(L.　) □ 仙尾骨 □ ミエロMRI非造影	□ 脳・頚部血管 □ 大動脈 □ 腹部血管 □ 上肢血管 □ 全下肢血管 □ 四肢血管（　）

頚部	腹部	下肢	骨盤	その他
□ 頚部 □ 咽頭・喉頭 □ 甲状腺 □ MRA精査	□ 全腹部 □ 上腹部・下腹部 □ 肝臓 □ 腎臓 □ 胆嚢・MRCP	□ 股関節　B・R・L □ 大腿部　R・L □ 膝関節　R・L □ 下腿部　R・L □ 足関節　R・L □ 足部　R・L	□ 骨盤 □ 子宮 □ 膀胱 □ 前立腺	

検査内容
方向　□ ルーチン　□ 横断面　□ 矢状断　□ 冠状断
画像種類　□ ルーチン　□ 脂肪抑制　□ （　）
ルーチンはT1,T2に準じた2種以上の画像です。
薬剤　□ 単純　□ 造影（薬剤　）
造影検査はMRI室（232）までご連絡ください。
原則的に主治医によるivになります。

注意・指示事項



検査事前チェック

MRI検査不可		主治医の判断により検査可能	
ペースメーカ	有・無	金属（整形外科など）	有・無
人工内耳	有・無	シャント・クリップ	有・無
		心臓弁・ステント・コイル	有・無
		「有」の場合はご記入ください【　】	
造影検査不可			
喘息	有・無	刺青	有・無
造影剤副作用既往	有・無	閉所恐怖症	有・無
重度腎障害	有・無	妊娠（　ヶ月）	有・無

医事

検査内容
□ 単純　□ 造影
□ 特殊撮影（管腔描出）
画像記録用フィルム
B４×【　】枚
半切×【　】枚

薬剤
□ マグネビスト　15mℓ
□ オムニスキャン　10mℓ
□ リゾビスト　1A
□ フェリセルツ　1包
□ その他【　】

伊豆慶友病院　MRI室

19.3 3×1000①