

【MRI検査を受けられる方への確認事項について】

MRI検査を安全に実施するために、ご面倒ですが、以下の事項について患者さんにご確認いただき、検査申込時に併せてご送付(FAX)くださいますようお願いいたします。

福井県立病院

患者氏名： _____ 男・女

生年月日： 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 体内に心臓ペースメーカー、除細動器、グルコースモニタシステム、人工内耳などの体内電子装置が入っていますか。 (※入っている場合、検査できません)	<input type="checkbox"/> いいえ
--	------------------------------

※造影剤検査をご希望の場合

2. クレアチニン検査結果《検査実施日：令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日》 ※可能ならご記入願います(MRI検査予定日から起算して3ヶ月以内のもの)	_____ mg/dl
---	-------------

結果がない場合には、採血のためにお時間を頂く可能性がございますのでご了承下さい