

岩手医科大学先端医療研究センター  
超高磁場MRI研究施設長 殿

申込日：平成 年 月 日

所属 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_

## 超高磁場MRI装置予約申込書

検査日 \_\_\_\_\_ 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_

研究課題名 \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

検査内容 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

被検者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 才

診療科 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 男 \_\_\_\_\_ 女 \_\_\_\_\_

### チェック項目

1 歩行困難

無

有

つえ

車椅子

ストレッチャ

2 閉所恐怖症

無

有

3 不整脈

無

有

4 感染症

無

有 ( \_\_\_\_\_ )

5 妊娠の可能性

無

有

加月

6 造影剤副作用

無

有

7 体内金属

無

有

ペースメーカー

脳動脈瘤クリップ

人口弁

その他

8 体重

kg