

# MR 検査依頼書

保険証は必ずご持参下さい。

(神戸掖済会病院 紹介用)

医療機関名

紹介医師名

フリガナ	様 男・女			神戸掖済会病院受診歴		
氏名				有(ID. ) 無		
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(	歳)
住所	〒自宅 ( )			- 携帯電話 ( ) -		
検査希望日: 第一希望	月	日	第二希望	月	日	
希望に添えない場合に、どうしても都合の悪い日 ( )						

病名ないし疑い診断:

検査目的

検査部位 頭部(MRA含) 頸部 胸部 上腹部 下腹部 骨盤部  
頸椎 胸椎 腰椎 股関節 膝関節 肩関節  
その他( )

造影の要否 単純のみ 単純+造影 (造影検査の場合腎機能障害のない事を確認して下さい。)

BUN mg/dl クレアチニン mg/dl

☆☆造影をオーダーされた場合は下記の質問にお答え下さい☆☆

造影検査歴: 無し 有り わからない

有りとお答えられた方にお聞きます。検査を受けて副作用が出た事がありますか?  
無し 有り(かゆみ 蕁麻疹 吐き気 気分不良 腰背部痛) その他( )

これまでに飲み薬や注射で副作用が出た事がありますか? 無し 有り( )

現在授乳中ですか? 無し 有り(造影検査後は1日授乳できません。)

喘息はありますか?  
無し 以前有った 現在治療中(造影検査は受けられません。)

透析されていますか?  
している していない

感染症の有無 HBs抗原(+、-、未検査) HCV(+、-、未検査)  
(出来れば記入) WA-R(+、-、未検査) その他感染症( )

体内埋め込み金属 下記に当てはまるものはありません。

- ・ペースメーカー ・ペースメーカーワイヤーの残存 ・脳動脈クリップ(MRI)非対応
- ・人工内耳 ・手術後(内視鏡も含む)1ヶ月未満(組織癒合するまで)
- ・眼球内金属 ・心臓金属製人工弁 ・磁性義歯
- ・ICD埋込型(除細動器) ・24時間ホルター心電図装着中
- ・妊娠21週未満(母体不安定期)

\* 閉所恐怖症の方や小児の方には前処置(睡眠薬)をお願いする場合があります。

申し込み先 神戸掖済会病院 地域連携室 FAX 078-781-7300 TEL 078-781-1411