

M R I 検査依頼書 保険証は必ずご持参下さい。

医療機関名

紹介医師名

(フリガナ) 氏名	様 男・女	神戸掖済会病院受診歴 有 (ID.) 無
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生 (歳)	
住所	〒 自宅 () - 連絡先 () -	
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 (透析患者様はMR造影禁忌)
☆☆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します。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 じんましん 吐き気 気分不良 腰背部痛 其他 ())
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。)
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 ()
透析されていますか? している していない
女性の方にお聞きします。今、妊娠中あるいはその可能性がありますか? 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。)

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ではありません。
・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)

*小児の方には事前に当院診察後、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