

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	神戸掖済会病院受診歴 有 (ID.) 無
生年月日	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 <input type="checkbox"/> 頭部(MRA含) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> その他 ()
造影の要否 <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (かゆみ 蕁麻疹 吐き気 気分不良 腰背部痛) その他 ()
喘息はありますか。 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 以前有った <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ()
透析されていますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
女性の方にお聞きます。今、妊娠中あるいはその可能性がありますか。 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り
現在授乳中ですか。 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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)
* 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 地域医療連携室

TEL 078-781-1411

FAX 078-781-7300