

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)  
その他 ( )  
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