ＭＲ撮影検査依頼書

検査指示医へのお願い

- 患者さまの状態不良、麻酔を要する場合等、特別な指示のある場合は事前に放射線科までご相談ください。
- 検査時には、フィルム等の各検査資料が有りましたら、患者さまに持参させてください。
- 撮影部位が複数になる場合は、部位ごとに依頼書を作成してください。

各項目の□に印を入れ、検査目的等をできる限り具体的に、ご記入ください。

患　　者	フリガナ 氏　　名	

目的部位 （対象臓器）	□頭部　□上腹部（□ 肝 □ 胆 □ 膵 □ 腎）□ 下腹部（□ 子宮 □ 卵巣） □その他　（　　）
手術既往歴	□無し　□ 有り　□ 不明　（ 種類：　　）
感染症	ＨＢｓ　□ 無し　□ 有り　□ 不明 ＨＣＶ　□ 無し　□ 有り　□ 不明 Ｗａ氏　□ 無し　□ 有り　□ 不明 □その他　（　　）
前回検査	□ 無し　□ 有り（　　年　　月　　日　　） 主な所見：

下記の項目で「有り」に該当する場合、原則として検査できません。
特に必要な場合、放射線科までご相談ください。

心臓ペースメーカー	□無し　□ 有り　□ 不明　（ 種類：　　）
心臓人工弁	□無し　□ 有り　□ 不明　（ 種類：　　）
不整脈（重度）	□無し　□ 有り　□ 不明　（ 種類：　　）
人工骨頭	□無し　□ 有り　□ 不明　（ 種類：　　）
手術用プレート	□無し　□ 有り　□ 不明　（ 種類：　　）
体内金属	□無し　□ 有り　□ 不明　（ 種類：　　）
妊娠の可能性	□ 無し　□ 有り　□ 不明　□ 否定
その他特記事項	依頼医署名：

検査目的（臨床診断、現病歴、臨床症状等）
特記事項

神戸医療センター　〒654-0155兵庫県神戸市須磨区西落合３－１－１

地域医療連携室　　ＦＡＸ：０７８－７９５－６５９１