

## 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
------

フィルム貸出	要                      不要
--------	---------------------------

検査終了後直ちに、結果説明をさせて頂き、検査結果を患者さまにお持ち帰り頂きます。