

岩手県立中部病院（MR I 検査）予約申込票

医療機関名：

フリガナ 紹介患者氏名	様	電話	
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月 日
第一希望	月 日 午後		
第二希望	月 日 午後		
造 影	媒 体		
有 ・ 無	C D - R		

(希望の時間にそえない場合は、近い時間に予約を入れさせていただきます)

検査部位 ※1 検査（1 予約）につき、1 部位でお願いします。MRCPは造影無となります。

1 - 1 頭部	3 胸 部	6 四 肢()
1 - 2 頭部+頭部MR A	4 - 1 腹 部	7 - 1 頸 椎
1 - 3 頭部+頭部MR A + 頸部MR A	4 - 2 腹 部MR C P (造影無)	7 - 2 胸 椎
2 頸 部	5 骨盤部	7 - 3 腰 椎

体内金属等に関する質問

【注意】MR I 対応品かどうかについては、該当施設への問い合わせ等で必ずご確認ください。**非対応品もしくは未確認の場合、検査を行うことができません。**

- 1 体内に金属（インプラント含む）は入っていますか ☐ なし ☐ あり
→「あり」の場合、それはMRI対応のものです。 ☐ 対応品である（種類 ）
- 2 以前にMR I 検査を受けたことがありますか ☐ なし ☐ あり

造影検査に関する質問（造影剤使用を申込の際は、下記項目を必ずご記入ください。）

- 1 造影剤（種類を問わず）を使った検査を受けたことがありますか。
☐ なし ☐ あり（ 頃、 の検査）
→「あり」の場合、その時は具合が悪くなりませんでしたか。
☐ なった（ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ かゆみ ・ 蕁麻疹 ・ 血圧低下 ・ その他 ）
☐ ならなかった
- 2 喘息、アレルギー、感染症はありませんか。
☐ なし ☐ あり（ ）
- 3 下記の検査のデータをお知らせください。
☐ 腎機能検査（検査日 年 月 日）

※腎機能検査をしていない場合は造影無しとなります。

○血清クレアチニン（ mg/dℓ）

○e G F R（ mL/min/1.73m²）**※腎障害のある方はガドリニウム造影剤は使用できません。****※検査データの有効期限は6ヶ月以内です。**

依頼医師 署名欄

○医療機関の皆様へ

※予約申込票へ希望日時等、必要事項を記入の上、診療情報提供書と共に紹介センター宛てに

F A X送信をお願いします。

※当院から返信します検査予約票を患者さんへお渡ししてください。

※検査当日は、予約票、診療情報提供書、マイナンバーカードを持参にて来院するようお願いください。

※予約日に来られない場合は早めにご連絡くださるようお願いください。

岩手県立中部病院 紹介センター

TEL：0197-71-1518 FAX：0197-71-1881（紹介センター専用） 受付時間（月～金）AM8:30～PM5:00（休日は除く）