MR検査依頼票

予約日時	年　月　日（　）　時　分 予約
フリガナ 紹介患者氏名	
部位	□頭部・顔面　□頸部　□胸部　□上腹部　□骨盤部 □頸椎　□胸椎　□腰椎　□上肢　□下肢 □その他（　）
妊娠・授乳	□なし　□妊娠中（撮影承諾済み）　□授乳中 ※MR検査において胎児の安全性は確立されていません。
ペースメーカー	□なし　□あり　□MR対応あり（事前連絡が必要）
埋込式除細動器 人工内耳	□なし　□あり
体内金属	□なし　□あり（　）
造影	□なし　□あり　□画像診断医に一任

◆造影MRをご希望の方は下記にもご記入ください。

MR造影剤 アレルギー	□なし　□あり　□不明
腎機能	□正常　□異常　★Cr値（　）
喘息	□なし　□あり

MR検査同意書

ＪＡ広島総合病院　病院長殿

私は貴院にて MR 検査を受けるに当たり、

・検査について

・造影剤や副作用について（造影剤を使用する場合)

上記の説明を受け、診療上必要であると理解しましたので、検査の実施に同意致します。
また、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合、処置を受けることについても同意致します。

説明日　年　月　日　説明医師署名

同意日　年　月　日　患者氏名

代筆者氏名　（続柄　）

患者家族又は

代理人氏名　（続柄　）