



MRI・CT 依頼書

フリガナ		紹介元医療機関名	
患者氏名 (漢字)			
性別	男 ・ 女	医師名	※フルネームでご記入ください
生年月日	M・T S・H 年 月 日	TEL : () -	FAX : () -
[紹介目的] <input type="checkbox"/> MRI 検査 <input type="checkbox"/> MRA 検査 <input type="checkbox"/> CT 検査 撮影部位 () 種別 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純+造影	腎機能 低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 血清 Cr () mg/dl eGFR () mL/min/1.73 m ² 測定日 (年 月 日)	
[病名・主訴]			
[既往歴・家族歴]			
薬剤アレルギー： あり () ・ なし ・ 不明			
[治療経過・病状経過]			
[添付資料] <input type="checkbox"/> 画像フィルム <input type="checkbox"/> 検査結果 <input type="checkbox"/> その他 () 返却の必要性 (有 ・ 無)			
[添付資料] <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要			

神戸低侵襲がん医療センター 地域医療連携室 平日 8:30~17:00 TEL:078-304-5480 FAX:078-304-7782

検査予約日時： 年 月 日 () 時 分



患者さんへ 注意事項・アクセス

【注意事項】

1. 予約時間の 30 分前にお越しくください。
2. 健康保険証、お薬手帳をご持参ください。
3. 飲食について、造影検査、腹部検査の方は 4 時間前までに軽食でお済ませください。
水分は摂取していただいてもかまいません。
4. 次の項目に該当される方は必ず主治医に申し出てください。
 - ・妊娠中または妊娠の可能性がある方
 - ・心臓ペースメーカーの埋め込みをされている方
 - ・手術などで体内に金属が入っている方
 - ・刺青、アートメイクをされている方
5. 以下のものを装着されている方は検査前に取り外していただきます。
入れ歯・補聴器・カラーコンタクト・カイロ・ピアス・指輪
ネックレスなどのアクセサリ・ウィッグ・ヘアピンなど



【アクセス】

JR・電車・バスをご利用の方

「三宮」駅からのアクセス

ポートライナーを利用して「神戸空港」行き、「北埠頭」行きにご乗車ください。

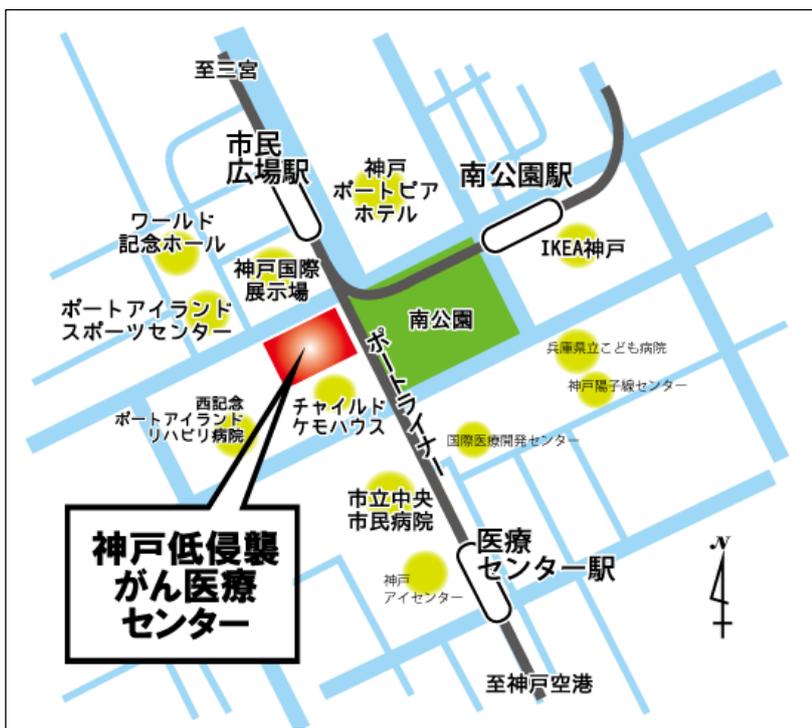
「市民広場」駅で下車（三宮駅より約 10 分）。歩道橋を南西に約 5 分。

お車をご利用の方

阪神高速 3 号線「生田川」IC、「京橋」IC より、神戸大橋を渡り約 10 分。

※神戸大橋を渡り、南に真っ直ぐ突き当たり（T 字路）まで行き、右折。

※三宮東の港島トンネルもご利用できます。



神戸低侵襲がん医療センター

〒650-0046

神戸市中央区港島中町 8-5-1

地域医療連携室

TEL : 078-304-5480

FAX : 078-304-7782