

単純MRI検査依頼票 (FAX用)

地域医療連携室直通 FAX: 052-704-2790 TEL: 052-704-9555

紹介元医療機関名

依頼医師名

TEL

FAX

下記の患者さんのMRI検査依頼票を送付いたします。 令和 年 月 日

| | | |
|--|----------|---------------------------------|
| フリガナ 患者氏名 | 男・女 様 | 生年月日 明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 患者住所 | | |
| 本人連絡先 () - | | 緊急連絡先 () - |
| みらい光生病院 受診歴 なし ・ あり (ID番号) | | |
| 【検査第一希望日: 月 日 () AM ・ PM】 | | |
| 【検査第二希望日: 月 日 () AM ・ PM】 | | |
| 連絡事項 (具体的な目標部位、簡単な検査目的、対象疾患等) ※診療情報提供書が別途必要です。検査当日にお持ちください。 | | |

1~3. について該当する項目に☑をつけ、ご記入をお願いいたします。

1. 検査部位 頭 頸 胸 腹 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎
四肢 (左 / 右、部位:)
胆/膵 MRCP その他 ()

2. 予約日の日程調整は、みらい光生病院が、患者さんを行う 医療機関を行う
 ※患者さんと日程調整を行う場合、必ず連絡のつく電話番号を上記連絡先にご記入ください。

3. 身長と体重をご記入ください。身長: _____ cm 体重: _____ kg

以下確認の上、☑をお願いいたします。

「単純MRI検査 説明書」と「単純MRI検査問診票」(MRCP時には、「MRCP検査 説明書」と「MRCP検査 同意問診書」「MRCP検査 問診票」)をご本人へ説明し、渡しました。

※体内金属および貼付物、器具の種類により検査を中止させていただく場合があります。

※検査結果は、後日レポートを同封し紹介元の先生へ郵送します。

※検査にて緊急対応が望ましい所見を認めた場合、当院の判断で受診および処置をお勧めさせていただきます。

以上、ご記入ありがとうございました。

*以下は事務処理欄ですので記入しないでください。

みらい光生病院受付者: _____ 予約登録済 予約連絡済 結果送付済

単純 MRI 検査 説明書

患者氏名： _____ 様

1) 検査方法

磁場と電磁場を用いて人体の画像を撮像します。

検査時間は 20～40 分程度ですが、場合により、1 時間程度かかることもあります。

2) 注意事項

- 外来の方は予約時間の 15 分前に、1 階 総合受付にお越しください。
- 検査当日は、この用紙とともに、診療情報提供書、単純 MRI 検査 問診票、健康保険証、お薬手帳をお持ちください。
- 内服薬などは通常どおりに服用してください。
- ファスナーやホックなどの金属類を伴う衣類や、遠赤外線または保湿性素材を用いた衣類（ヒートテックなど）では、更衣が必要となります。
- カラーコンタクトは外していただきます。保管容器をご準備ください。
- 化粧品（アイシャドー、マスカラ等）、ボディペイント等の色素（黒を含む）は、成分によっては発熱や変色のおそれがあります。これらはせずにご来院ください。入れ墨などで危険と判断された場合は、検査が中止となることがあります。

3) 検査室に持ち込めないもの

MRI 非対応の心臓ペースメーカー、人工内耳、財布、時計、磁気カード、携帯電話、ヘアピン、アクセサリ、入れ歯、補聴器、メガネ、カツラ、ウィッグ、金属成分を含む整髪料や化粧品、エレキバン、使い捨てカイロ、湿布、その他金属や機械類

4) 以下の検査に該当する方は、下記の注意事項をお読みください。

※ 胆のう・胆管・膵臓を検査される方へ

午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食を中止してください。

ただし、少量の水は飲んでかまいません。また、検査前に画像をよりよくするためのお薬を飲んでいただくことがあります。

※ 骨盤部（子宮、卵巣、膀胱など）を検査される方へ

鎮痙剤を使用する場合があります。検査後一定時間まぶしく感じることもあり、危険ですので、検査後の車の運転はお控えください。

※ 膀胱を検査される方へ

検査予約時間の 1 時間前から尿をためておいてください。

外来の方で予約日に来院ができなくなった場合は、ご予約をされた医療機関とみらい光生病院の地域医療連携室にご連絡ください。

地域医療連携室直通 TEL：052-704-9555

単純 MRI 検査 問診票

令和 年 月 日

※この用紙をご記入の上、診療情報提供書、予約票とともに当日お持ちください。

患者氏名： _____ 様

該当する項目に☑をつけ、“はい”を選ばれた方は該当項目について（ ）内に記載をお願いします。

- 1) 心臓植込型電氣的デバイス（ペースメーカー・ICD・CRT-D）を植え込んでいる。
いいえ はい
- 2) 人工内耳を植え込んでいる。
いいえ はい
- 3) 神経刺激器、植え込み型プログラマブル注入ポンプを植え込んでいる。
いいえ はい （神経刺激器、植え込み型プログラマブル注入ポンプ）
- 4) 脳動脈クリップを留置している。(注意点※2 参照)
いいえ はい （1999年以前に留置： はい いいえ ）
- 5) 気管支ステントを留置している。(注意点※2 参照)
いいえ はい
- 6) 気管支ステント以外のステントを留置している。(注意点※2 参照)
いいえ はい （部位： 留置後8週未満： はい いいえ ）
- 7) 磁力で装着する義眼を植え込んでいる。
いいえ はい
- 8) 磁石を利用した義歯で、体に磁石を植え込んでいる。
いいえ はい
- 9) 圧可変式バルブ付きV-Pシャントを留置している。
いいえ はい
- 10) 骨・関節修復のための固定金属等、体内に金属を留置している。(注意点※2 参照)
いいえ はい （部位： ）
- 11) 入れ墨やアートメイクがある。(注意点※2 参照)
いいえ はい
- 12) 閉所恐怖症がある。(注意点※2 参照)
いいえ はい
- 13) 女性の方のみお答えください。妊娠中または妊娠の可能性がある。(注意点※2 参照)
いいえ はい 不明
- 14) 身長と体重をご記入ください。 身長： _____ cm 体重： _____ kg

【注意点】

- ※1. 1)～3)、7)～9)の全てが「いいえ」でない場合は、原則検査はできません。
- ※2. 4)～6)、10)～13)のいずれかが「はい」の場合でも、検査の実施が可能であると主治医が判断される場合は、その理由を下記枠内にご記載ください。
(記載例：体内に金属が入っているが、MRI検査を実施できる素材であるため。)

【お申込み・お問い合わせ先】

地域医療連携室（受付時間 平日 8:45～19:30）

直通 FAX：052-704-2790 TEL：052-704-9555