

MRI 検査依頼票

(FAX 専用)

(宛先) 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

(地域医療連携センター行) FAX 番号 (052) 723-7356

令和 年 月 日

医療機関名称

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。

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
患者住所 〒		
緊急連絡先 () -		
東部医療センター受診歴 有 (ID 番号 - -) 無		
【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 ※ <u>診療情報提供書</u> が別途必要です。検査当日にご持参ください。		

1～8 全てについて該当する項目に必ず○印をお願いいたします。

1. 検査部位 頭・頸・胸・肝・胆・膵・腎・子宮卵巢・前立腺・頸椎・胸椎・腰椎
(○を1つ付けて下さい) 四肢(左/右、部位:)・その他()

2. 撮影手法 単純・単純+造影

3. 希望媒体 CD-ROM ・ フィルム

4. 植え込みデバイス 無 ・ 有 ペースメーカー・ICD・VP シヤント・血糖測定器具
人工内耳・その他()

5. 体内金属 無 ・ 有(留置物: /部位:)

※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頂く場合があります。

6. 妊娠の可能性 無 ・ 有

造影検査をご希望される場合には以下の記載、患者様への説明および同意書取得をお願いします。

7. クレアチニン値 _____mg/dl (採血日 年 月 日)・当院にて血液検査希望

当院にて血液検査(腎臓の機能)を希望される方は、予約時間の1時間前にご来院ください。

8. 造影剤副作用の有無 無 ・ 有 ・ 不明

以下チェックをお願いいたします。

□ 造影を行う場合、必要性および危険性につき説明を行い、同意書を取得しました。

※ 造影同意書は検査当日にご持参ください。

※ 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頂くことがあります。

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

地域医療連携センター

直通電話 (052) 723-7359

FAX (052) 723-7356

R7.7

単純 MRI 検査 問診票

患者様氏名 _____ 様

検査をできるだけ安全確実にを行うため、以下の項目に答えていただき、検査当日
地域医療連携センターにご持参ください。各種デバイスの手帳をお持ちの方は、検査時
にご持参ください。

<問診>

該当する項目に印☑をつけ、該当項目について（）内に記載をお願いします。

・体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物各種について、該当する項目に
印☑をつけ、お答えください。

・心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器（ICD・CRT-D） ☐無 ☐有
（MRI 対応型ですか： はい いいえ）

・神経刺激器（DBS・SCS） ☐無 ☐有
（MRI 対応型ですか： はい いいえ）

・インスリンポンプ・持続グルコース測定器（CGM・FGM） ☐無 ☐有
（ 検査時は外していただきます ）

・人工内耳 ☐無 ☐有
（MRI 対応型ですか： はい いいえ）

・脳動脈クリップ ☐無 ☐有
（1999 年以前に留置： はい いいえ）

・気管支ステント ☐無 ☐有

・気管支ステント以外のステント ☐無 ☐有
（部位： 留置後 8 週未満： はい いいえ）

・圧可変式バルブ付き VP シヤント ☐無 ☐有

・磁力脱着式義歯で、支持体が磁石のもの ☐無 ☐有

・導尿・尿道カテーテルにて、磁力により開閉する DIB キャップの使用
☐無 ☐有

・その他体内留置物 ☐無 ☐有

手術クリップ、心臓人工弁、人工骨頭、人工関節、義眼、塞栓コイル、
骨折治療用金属

（その他： 部位： ）

・入れ墨やアートメイク、ヘアーパウダー ☐無 ☐有

・閉所恐怖症、狭い空間が苦手ですか。 ☐いいえ ☐はい

・体重をご記入ください。 体重： _____ kg

・女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか。

☐いいえ ☐はい ☐不明