

MRI 検査予約票

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

予約診療科

フリガナ

氏名

様

検査のための食事制限

- 当日は普通にとってくださって結構です。
 当日の朝食は必ず絶食してください。
 当日の朝食は普通にとり、昼食は絶食してください。
 検査4時間前から絶飲絶食してください(MRCP検査時)。

普段飲んでいるお薬は普段どおりにお飲みください。

(但し、お腹の検査の方は検査当日、鉄サプリメント及び鉄剤を飲まないでください。)

MRI 検査をお受けになる方へ (必ずお読みください。)

検査当日は予約時間の15分前までに受付を済ませ、予約された診療科または受付で外来基本カードを受け取り、放射線室受付へお越しください。

(再来機で受付しないでください。)

〈下記の医療機器・金属が入っていれば検査を受けられません〉

心臓ペースメーカー・体内除細動器・神経刺激埋込装置・人工内耳中耳・磁石式人工肛門
体内埋込式インスリンポンプ・骨成長刺激装置・取り外しできない磁石式差し歯・金属製の義眼
金属の破片・弾丸・圧可変式シャントバルブ・安全性の確認がとれない脳動脈瘤クリップ

〈妊娠中の方または妊娠の可能性のある方は検査を受けられません〉

〈検査時に外していただくもの〉 ※機器の破損や火傷等のおそれがあるため

インスリンポンプ・持続グルコース測定器

入れ歯(磁石の差し歯も含む)・心臓の貼り薬・禁煙シール・シップ薬・エレキバン・中国針

使い捨てカイロ・かつら(ヘアウィッグ含む)・義眼・保温性下着(ヒートテックなど)

かぎ・携帯電話・財布・磁気カード・ヘアピン・メガネ・補聴器・時計・マスク

アクセサリ(ネックレス・ピアス・イヤリングなど)

カラーコンタクトレンズ(保存容器をお持ちいただくかメガネでお越しください。)

化粧は落として検査を受けていただきます。

化粧を落とす準備をお持ちいただくか、化粧をせずお越しください。

検査終了後、化粧をされる方は化粧室をご利用ください。

- * 当院以外で内視鏡止血クリップを使用した場合や、カプセル内視鏡検査を受けられた方は2週間以上の間隔を開けてください。
- * 閉所恐怖症の方はお申し出ください。
- * 電磁場に対して過敏な方はお申し出ください。
- * 鉄工関係の職業の方は、鉄粉が人体に付着していることがありますので事前に入浴・洗髪をしてください。
- * 検査当日は増毛パウダー・スプレーを使用しないでください。
- * 検査は予約制です。来院できない場合は必ず前もって連絡してください。
- * 検査の都合上、検査開始時間が多少前後する場合があります。御了承ください。
- * ご不明な点がございましたら、当院までお問い合わせください。

問い合わせ先

国保野上厚生総合病院 放射線室
和歌山県海草郡紀美野町小畑198
電話 (073) 489-2178 内線170

診療情報提供書(MRI検査)

国保野上厚生総合病院 地域連携室
 受付時間 9:00~17:15
 ※土日祝・年末年始は除く

【依頼医へのお願い】

- ・臨床診断名及び現病歴、検査目的は必ず記入をお願いします。
- ・MRI検査問診票へ記入をお願いします。
- ・造影剤使用時は、問診票・同意書へ記入をお願いします。
 授乳中の方は検査後24時間授乳をお避けください。

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

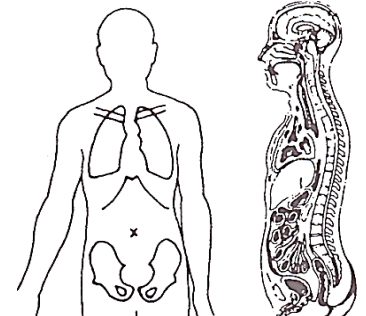
国保野上厚生総合病院 患者番号 <input type="checkbox"/> あり(患者番号) <input type="checkbox"/> なし				
フリガナ		男	生年月日	年 月 日
氏名	様	女		(才)
住所		電話番号		
医療機関名		依頼医師署名		

目的部位及び臓器 (複数チェック可)

<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 脳MRA	<input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 内耳道	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆嚢・膵臓	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 腎臓		
<input type="checkbox"/> 骨盤内臓器 [<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺]					<input type="checkbox"/> 下肢動脈MRA	
<input type="checkbox"/> 肩関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 肘関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)	<input type="checkbox"/> その他MRA		

単純 ・ 造影 ・ 単純造影	診断 (要 ・ 不要)
HBs抗原 (+ ・ - ・ 未施行)	HCV (+ ・ - ・ 未施行)
ワ氏反応 (+ ・ - ・ 未施行)	その他感染症()

臨床診断名及び現病歴 [検査目的 (特に希望する事項・部位詳細)]



MRI検査結果

報告者()

MRI 検査問診票

検査日 年 月 日 氏名

安全に検査を受けていただくために、次の問1～問4の質問にお答えください。

問1 過去にMRI検査を受けたことがありますか。 はい いいえ問2 体内に以下の機器・器具・金属がありますか。 はい いいえ

- | | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ※心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> ※体内除細動器 (ICD) | <input type="checkbox"/> ※神経刺激埋込装置 |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳・中耳 | <input type="checkbox"/> 磁石式人工肛門 | <input type="checkbox"/> 体内埋込式インスリンポンプ |
| <input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置 | <input type="checkbox"/> 金属製の義眼 | <input type="checkbox"/> 取り外しできない磁石式さし歯 |
| <input type="checkbox"/> 金属の破片・弾丸 | <input type="checkbox"/> 圧可変式シャントバルブ | <input type="checkbox"/> 安全性の確認がとれない脳動脈瘤クリップ |

問3 現在、妊娠またはその可能性がありますか。(女性の方のみ) はい いいえ問4 以下の項目で該当するものがありますか。 はい いいえ

- | | | |
|---|------|---|
| <input type="checkbox"/> 手術等による体内金属がある (いつ頃 : | 部位 : |) |
| <input type="checkbox"/> 刺青・Tatto(アイブロー・アイライナー含む)がある | | |
| <input type="checkbox"/> 避妊リングをしている <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である | | |

注意① : 問2・問3が「はい」の場合、当院では検査を受けられません。

※の機器はMRI対応機種であっても、当院では検査を受けられません。

② : 問4が「はい」で検査を受ける場合、下記のリスク(危険性)を有する方のMRI検査同意書に同意していただく必要があります。

記入日 年 月 日 本人または代理人(続柄) ご署名

リスク(危険性)を有する方のMRI検査同意書

あなたは、検査を受ける上でリスク(危険性)を有すると判断されます。
 しかし検査における利益が、検査の危険性を上回ると考えています。
 検査は万全を期し慎重に施行させていただきますが、危険性が高いことをご承知ください。

私は以上の説明を理解し、この検査を受けることに同意いたします。
 (同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

記入日 年 月 日 本人または代理人(続柄) ご署名

依頼医師署名