

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い結構です。
 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、この予約票、診察券(お持ちの方)、健康保険証を添えて**病院受付**で受付を済ませ、予約診療科に寄り、検査に来た旨を申し出て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・検査可能かが不明な脳動脈瘤クリップ・磁石式人工肛門骨成長刺激装置・取り外しできない磁石式差し歯・神経刺激埋込装置・金属の破片・弾丸
金属製の義眼・人工内耳中耳・圧可変式脳室シャントチューブ・体内埋込式インスリンポンプ

〈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

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
アクセサリー(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。

*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。

*妊娠の可能性のある方は必ずお申し出ください。

*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

月・火・水・金曜 9:00~19:00
木曜 9:00~17:15

※土日祝・年末年始は除く

- 注) ①MRI検査問診票へ記入をお願いします
 ②造影剤検査を行う場合は、問診票・同意書へ記入をお願いします
 ③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

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

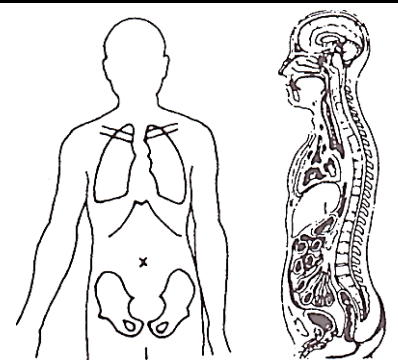
| | | | | |
|--|---|--------|------|-------|
| 国保野上厚生総合病院 患者番号 <input type="checkbox"/> あり(患者番号) <input type="checkbox"/> なし | | | | |
| フリガナ | | 男 | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | 様 | 女 | | (才) |
| 住所 | | 電話番号 | | |
| 医療機関名 | | 依頼医師署名 | | |

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()

MR I 検査問診票

検査日時 _____ 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3の質問にお答えください。

問1 過去にMR I 検査を受けたことがありますか。

はい いいえ問2 体内に以下のものがある場合はチェックをお入れください。注意：チェックがある場合、当院では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 (ICD) ※神経刺激埋込装置

※MRI対応機種でも当院では検査できません

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さし歯 金属製の義眼金属の破片・弾丸 圧可変式脳室シャントチューブ 検査可能かが不明な脳動脈瘤クリップ問3 以下の項目に該当する方はチェックを入れ必要事項をご記入ください。注意：チェックがあり検査を受ける場合、下記のMRI検査同意書に同意してもらう必要があります。その他手術等による体内金属がある (いつ頃： _____ 部位： _____)刺青・Tatto(アイブロー・アイライナー含む)がある 閉所恐怖症である避妊リングをしている 妊娠またはその可能性がある

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人または代理人 (続柄 _____) ご署名 _____

上記内容をご確認されましたら、この用紙をスタッフにお渡しください。

リスク(危険性)を有する方のMR I 検査同意書

あなたは、上記問診票の問3にチェックがあるため、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。なお、検査中・検査直後に異常がございましたら、すぐにお知らせください。

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 _____