

## MR I 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。)

MR I 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。

- \* 検査日までに、医療機器・金属を入れられた方は、必ず前もって連絡してください。
- \* 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。
- \* 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。
- \* 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。
- \* 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。
- \* 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

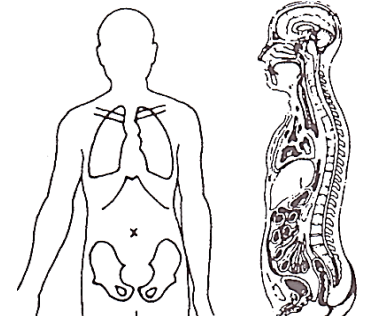
国保野上厚生総合病院 患者番号 <input type="checkbox"/> あり(患者番号 ) <input type="checkbox"/> なし				
フリガナ		男	生年月日	年      月      日
氏名	様	女		(      才)
住所			電話番号	
医療機関名			依頼医師署名	

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 \_\_\_\_\_