

診療情報提供書／MRI検査依頼書

患者氏名	フリガナ 様 男 女	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	検査日	年 月 日 (曜日)
患者住所	電話 ()	検査時刻	午前 時 分 午後
依頼医療機関名 電話 FAX 依頼医師名		患者ID	IDは、当医療センターにて記入
		フィルム	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
【検査部位】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純十造影 <input type="checkbox"/> アキシヤル <input type="checkbox"/> コロナル <input type="checkbox"/> サジタル (✓チェック)			
□頭部：脳 下垂体 内耳 副鼻腔 ()		□頸部：甲状腺 ()	
□胸部：()		□乳房：(R L)	
□腹部：肝 胆膵脾 腎 副腎 ()		□骨盤腔：子宮 卵巣 膀胱 前立腺 ()	
□脊椎：(頸椎 胸椎 腰椎 仙尾椎)		□MRA：頭部 頸部 ()	
□関節：肩 (R L) 膝 (R L)		□その他の部位 ()	
【病名・診断名】 (必須項目)			
【紹介・検査目的・現在の治療内容等】			
※検査の安全のために下記のチェックをお願いします。		※造影検査の時のみ以下の問診をお願いします。	
MRIチェックリスト		MRI造影検査用の問診	
▲ペースメーカー・埋め込み式除細動器・人工内耳等の電子機器 (有・無)		□感染症 (有：_____ 未検・無)	
□脳動脈瘤クリップ (有・無)		□造影剤の使用経験 (有・無)	
MRI対応ですか？ (はい・※いいえ・不明)		有の方に：副作用がありましたか？ (有・無)	
□その他体内埋め込み機器 (有：_____・無)		▲気管支喘息 (有・無)	
▲留置8週間未満のステント (有・無)		□アレルギー歴 (有・無)	
□その他の手術歴 (有：_____・無)		□家族に気管支喘息・アレルギー歴 (有・無)	
□閉所恐怖症 (有・無)		□腎機能障害 (有・無)	
□妊娠並びに可能性[▲14週目まで] (有・無)		▲腎機能障害[eGFR30未満] (有・無)	
□刺青・刺青のアイライン (有・無)			
□仕事や事故などでの体内金属断片 (有・無)			
※禁忌 ▲原則禁忌 □慎重・注意			
上記の項目を受けて最終的な造影の可否については、放射線科医にて判断させていただきますので、ご了承ください。			
造影剤の使用 (可・否)		医師名 (印)	

診療情報提供書／MRI検査依頼書

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。	
	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生		
患者住所	電話 ()	検査時刻	午前 時 分 午後
依頼医療機関名 電話 FAX 依頼医師名		患者ID	IDは、当医療センターにて記入
		フィルム	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		CD-R	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
【検査部位】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純十造影 <input type="checkbox"/> アキシヤル <input type="checkbox"/> コロナル <input type="checkbox"/> サジタル (✓チェック)			
□頭部：脳 下垂体 内耳 副鼻腔 ()		□頸部：甲状腺 ()	
□胸部：()		□乳房：(R L)	
□腹部：肝 胆膵脾 腎 副腎 ()		□骨盤腔：子宮 卵巣 膀胱 前立腺 ()	
□脊椎：(頸椎 胸椎 腰椎 仙尾椎)		□MRA：頭部 頸部 ()	
□関節：肩 (R L) 膝 (R L)		□その他の部位 ()	
【病名・診断名】(必須項目)			
【紹介・検査目的・現在の治療内容等】			
※検査の安全のために下記のチェックをお願いします。		※造影検査の時のみ以下の問診をお願いします。	
MRIチェックリスト		MRI造影検査用の問診	
▲ペースメーカー・埋め込み式除細動器・人工内耳等の電子機器 (有・無)		□感染症 (有：_____ 未検・無)	
□脳動脈瘤クリップ (有・無)		□造影剤の使用経験 (有・無)	
MRI対応ですか? (はい・※いいえ・不明)		有の方に：副作用がありましたか? (有・無)	
□その他体内埋め込み機器 (有：_____・無)		▲気管支喘息 (有・無)	
▲留置8週間未満のステント (有・無)		□アレルギー歴 (有・無)	
□その他の手術歴 (有：_____・無)		□家族に気管支喘息・アレルギー歴 (有・無)	
□閉所恐怖症 (有・無)		□腎機能障害 (有・無)	
□妊娠並びに可能性[▲14週目まで] (有・無)		▲腎機能障害[eGFR30未満] (有・無)	
□刺青・刺青のアイライン (有・無)			
□仕事や事故などでの体内金属断片 (有・無)			
※禁忌 ▲原則禁忌 □慎重・注意			
上記の項目を受けて最終的な造影の可否については、放射線科医にて判断させていただきますので、ご了承ください。			
造影剤の使用 (可・否)		医師名 (印)	

MRI検査予約票

患者氏名	フリガナ	◆検査日時が決まり次第、貴医院にてご記入してください。		
	様 男 女	検査日	年 月 日 (曜日)	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	検査時刻	午前	時 分
患者住所	電話 ()		午後	
依頼医療機関名 電話 FAX 依頼医師名		患者ID	IDは、当医療センターにて記入	
		フィルム	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
		CD-R	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
		読影	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
【検査部位】 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 単純十造影 <input type="checkbox"/> ロアキシヤル <input type="checkbox"/> ココロナル <input type="checkbox"/> ロサジタル (✓チェック)				
口頭部：脳 下垂体 内耳 副鼻腔 ()		口頸部：甲状腺 ()		
口胸部：()		口乳房：(R L)		
口腹部：肝 胆膵脾 腎 副腎 ()		口骨盤腔：子宮 卵巣 膀胱 前立腺 ()		
口脊椎：(頸椎 胸椎 腰椎 仙尾椎)		口MRA：頭部 頸部 ()		
口関節：肩 (R L) 膝 (R L)		口その他の部位 ()		

のののMRI検査を受けられる方へのののの

【当日の手続きについて】

検査当日は、検査予定時刻20分前までに、公立阿伎留医療センター新患受付1番窓口へMRI検査予約票・保険証・診療情報提供書・チェックリスト(検査当日までに記入しておいて下さい)を提出し、受付の手続きをしてください。

【食事についての注意事項】

- 1) 腹部(消化器系)及び造影検査は、以下のようにしてください。
 午前の検査については：朝食は、禁食になりますが、水分は、水や、お茶等を充分に取ってください。
 午後の検査については：昼食は、禁食となります。午前と同様に水分は、充分にお茶等を取ってください。
 * 内服薬を服用している方は、主治医にご相談してください。
- 2) 腹部以外の単純検査については、食事等の制限は、ございません。

【注意事項とお願い】

- 1) 検査前には、トイレに行っておいてください。ただし、検査部位が前立腺、骨盤腔の方は検査1時間前になりましたらトイレには行かないでください。
- 2) 予約検査のため予定時刻に遅れないようにお願いします。
- 3) ご都合により検査にこられない場合、又は遅れる場合は「公立阿伎留医療センター放射線科」まで速やかにご連絡ください。
- 4) 急患等で検査予定時刻が多少前後する場合がありますのでご了承ください。

※ご不明なことがございましたら、放射線科までお問い合わせください。

公立阿伎留医療センター 042-558-0321 (代表)
 放射線科受付 内線 2200
 MRI室 内線 2222

MR I 検査チェックリスト

患者氏名	フリガナ 様 男 女	・当院は、高磁場MRIを使用しています。安全な検査を行なうため、下記の項目に正確にお答えください。 ・体内に不明な金属がある方は、事前に手術を施行した病院にご確認いただくことをお勧めします
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	
患者住所	電話 ()	

以下太枠に✓をお願い致します。酸素ボンベ、非対応車いす、ストレッチャー、点滴台、心電図は入室禁です。

	有	無	チェック項目	検査の可、不可・確認事項	技師
禁 忌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー・除細動器(ICD)・CRT-D	禁忌。MRI対応の場合は循環器科へ受診が必要	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	条件付きMRI対応ペースメーカー	循環器科へ受診が必要。主治医に相談してください	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工内耳・人工中耳	ある場合、検査を受けられません	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脊髄刺激電極・骨成長刺激装置	ある場合、検査を受けられません	
要 注 意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳動脈クリップ	(いつ? 年) 磁性体は禁忌(施行病院に要確認)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓ステント	(いつ? 年) 挿入後2か月以上経過していること	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓人工弁	Star-Edward600以前は禁忌(1970年以前)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ステントグラフト・ステント・コイル	(いつ? 年) 磁性体でないことの確認が必要	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工骨頭・関節・整形外科的金属	(いつ? 年) 磁性体でないことの確認が必要	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	可変式VPシヤントチューブ	設定圧が変動し再設定が必要(施行病院に要確認)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手術歴	手術内容() (いつ? 年)	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠・妊娠の可能性	主治医と相談してください	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入れ墨・眉墨・アートメイク・タトゥー	火傷、変色の可能性あり、主治医と相談してください	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義眼、義足、義手、装具	磁性体の場合は外していただきます	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	マグネット式インプラント、歯科矯正	かかりつけ歯科に確認が必要です	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DI Bキャップ(尿道カテーテル)	磁石のため検査時に別品に取り替えていただきます	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	コンタクト	はずしていただくので保存容器や替えを持参ください	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ニトロダームTTS、ニコチネルTTS	アルミニウム使用。はがしていただきます	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ニュープロパッチ、ノルスパンテープ	アルミニウム使用。はがしていただきます	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リストウェイト、アングルウェイト(健康器具)	鉄成分が入っています。外していただきます	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	整体、鍼灸等の置き針、耳つぼダイエット	外していただきます		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	かつら、ウィッグ、スプレー式染毛剤	金具付きは外していただきます(ニット帽等入室可)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	過度な化粧(マスカラ、アイシャドー、ラメ等)	つけてこないでください。普通の化粧は可		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症	狭いトンネルに入ります。検査できない場合あり		

検査当日に外していただく物のチェック項目(待っている時間に外してください)	
要 確 認	全て無 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 駐車券 <input type="checkbox"/> 磁気カード <input type="checkbox"/> 時計 <input type="checkbox"/> サイフ <input type="checkbox"/> 小銭 <input type="checkbox"/> 鍵 <input type="checkbox"/> ベルト <input type="checkbox"/> 万歩計 <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> スマートフォン <input type="checkbox"/> ライター <input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> ネックレス <input type="checkbox"/> 指輪 <input type="checkbox"/> ヘアピン <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> エレキバン <input type="checkbox"/> 安全靴

体重をご記入ください(必須) () kg 技師名 ()

検査当日は、このチェックリストを記入してご持参ください。検査時に必要となります。
 忘れた場合は新たに記入していただきますのでお申し付けください。

MRI 検査について

MRI検査は従来のX線を用いず、大きな円筒形の磁石の中へじん身体を入れて磁石の力を利用して体内の情報を画像にする検査です。

検査時間は、約20分くらいですが検査部位によっては40分近くかかることもあります。

【検査前のご注意】

1)MRI検査室内は強い磁場となっていますので、金属類、磁気カードは持ち込めません。

検査前にはずし、無くさないようにバックなどの中へしまっておいてください。

①駐車券、キャッシュカード、クレジットカード、定期券、テレホンカード、磁気カード類等

②ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ピアス、指輪等の取り外しのできる装身具類

③時計、鍵、小銭等の金属類

④眼鏡、コンタクトレンズ、補聴器、かつら、はずせる入れ歯等

⑤エレキバン、使い捨てカイロ、一部の心臓治療用テープ(裏面がアルミ製の物)

2)金属は検査の妨げになりますので、検査着に着替えていただく場合もあります。

下着は金属、ボタン、ホックのない物を着用してください。

鍵のかかるロッカーを用意してありますので更衣した着衣、貴重品は保管し鍵をかけ、MRI担当技師に鍵を預けてください。

3)アイシャドウ、アイライン、マスカラには磁性体物質(金属)が含まれていることが多く、検査の妨げにもなりますので検査当日の化粧、油脂の含まれた整髪料も控えるようお願いいたします。

4)刺青(眉・アイライン・唇を含む)について、MRI検査を行うと退色したり、変色する場合がありますので、ご本人の同意を受けてからの検査になります。

【検査中のご注意】

1)検査中は機械の動作音がしますが心配ありません。

2)検査中は身体を動かさないようお願いいたします。