

放射線科 行

年 月 日

FAX072-941-4666

ご記入いただきましたらこの申込用紙をFAXでお送りください。
FAX送信後、患者さまにこの用紙(原本)をお渡し、検査当日必ずお持ちになるようお伝えください。

MRI検査依頼申込書(診療情報提供書)

※この用紙は診療情報提供書を兼ねています。

フリガナ		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号	() -
生年月日	年 月 日	受診歴	有 (ID) ・ 無
貴医療機関名		電話番号	() -
貴院医師名	印	FAX番号	() -

下記の項目の□に✓または必要事項をご記入ください。

検査部位	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部(MRAあり) <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部(MRAあり)
	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節(□R・□L) <input type="checkbox"/> 大腿(□R・□L) <input type="checkbox"/> 膝関節(□R・□L) <input type="checkbox"/> 下腿(□R・□L) <input type="checkbox"/> 足部(□R・□L) <input type="checkbox"/> 肩(□R・□L) <input type="checkbox"/> その他()

MRI検査の予約時、安全チェックの記入も必ずお願いします。

検査日	年 月 日	午前・午後	時 分
検査目的			

医療法人 貴島会

貴島病院本院

〒581-0853 八尾市楽音寺3丁目33
TEL072(941)1499(代) FAX072(941)4666

MRI 検査予約票

様の検査日時は
です。

注意事項

- ・ この検査は磁石の力を利用して体の断面を撮影します。CTなどと違い放射線被ばくありません。
- ・ 検査当日は予約時間の30分前に、受付を済ませて緑ファイルを黄色のポストに入れてください。
- ・ 検査時間は約30～40分程度かかります。都合により検査時間が変更になる場合があります。
- ・ 検査中は体が動かないようにベルトで固定します。正確な画像を得るためにできるだけ体を動かさないでください。検査が始まると「ガーガー、コンコン」と大きな音がしますが心配いりませんので安心してゆったりとした気分で行ってください。
- ・ 大きな音が気になる方は耳栓をご用意しておりますので申し出てください。
- ・ 検査着に着替えていただく事もありますので、更衣しやすい服装でお越しください。
- ・ 気分が悪くなったなどの異変を感じたらお渡しする緊急スイッチを握ってください。

次に該当する方は必ず主治医又は係員に申し出てください。

- 1) 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)をご使用されている方
- 2) 人工内耳などの体内電子機器をご使用されている方
- 3) 脳内動脈瘤手術による金属クリップやコイル等のある方
- 4) 金属製の心臓人工弁(1970年以前)のある方
- 5) 可動型義眼(磁石式)、磁石部分が脱着不能な義歯(入れ歯)をご使用されている方
- 6) 今までに手術をして体内に金属がある方(コイル、ステント、プレートなど)
- 7) 体内に外傷などによる金属物(弾丸や鉄片等)のある方
- 8) 現在、妊娠中または妊娠の可能性のある方
- 9) 検査中じっとできない方
- 10) 増毛パウダー、ネイルアート、化粧品(ラメ入りなど)、制汗剤・デオドラント(Ag+など)、UVケア用品などは当日使用しないでください。

所持品はすべて更衣室のロッカーに入れ、MRI室内には何も持ち込まないでください。 持ち込むと、磁気及びデータの消失や機械・機器の故障につながります。

- 1) 磁気カード(クレジットカード、キャッシュカード、テレホンカードなど)
- 2) 金属製品(ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ブレスレット、時計、めがね、指輪、小銭、鍵、ライターなど)
- 3) その他(補聴器、**入れ歯**、かつら、金属の付いた下着、カイロ、湿布、エレキバン、コルセット、義手、義足、カラーコンタクトレンズ、まつ毛エクステなど)

※貼り薬(ニコチネル、ニトロダームなど)は磁力により電流が流れ発熱するため外してください。

※ヒートテック(吸湿発熱線維)類は汗を吸収し発熱のおそれがあるため着用しないでください。

ここに記載したものは一例です。ご不明な点などがあれば検査前に係員へおたずねください。

MRI 検査安全チェックリスト

お名前		性別		生年 月日	
記入者				身長	cm 体重 kg

番号	項目	チェック
1	心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	植え込み型除細動器(ICD)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	人工内耳などの体内電子機器	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
4	脳内動脈クリップ・コイル	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
5	金属製の心臓人工弁(1970年以前)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
6	可動型義眼(磁石式)、磁石部分が脱着不能な義歯(入れ歯)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
7	体内に外傷などによる金属物(弾丸や鉄片等)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
8	安静臥床不可	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 1～8 に該当する場合は検査出来ません。

番号	項目	チェック
9	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
10	プレート・ステント・クリップなど(手術等による体内金属)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
11	人工骨頭及び人工関節	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
12	歯科矯正器具(矯正をしている方)、歯科インプラント	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
13	妊娠中または妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
14	刺青、タトゥー、アートメイク	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
15	貼り薬(ニコチネル、ニトロダームなど)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
16	増毛パウダー、カラーコンタクトレンズ、化粧品(ラメ入りなど)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
17	かつら、ウィッグ、マグネットネイル、ジェルネイル	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※ 9～14 に該当する場合は、検査を中止することもあります。

※ 15～17 は発熱または火傷、装置の故障の原因にもなり取り外した状態で検査します。

※上記 1～17 以外の金属、電子機器、人工物などがあればご記入ください。

〔病院記入欄〕

確認日： _____

確認医： _____