

## 診療情報提供書（兼 MRI 検査依頼票）

電話予約後、この用紙は紹介医療機関でご記入してFAXをお願い致します。

紹介医療機関 医療法人 三誠会 川口誠和病院 担当医殿 予約日 年 月 日 時 分

フリガナ 性別 生年月日 T・S・H

患者氏名 男・女 年 月 日

☎ (日中繋がる連絡先)

〒

患者住所

紹介元医療機関名

☎

担当医師名

※事故・労災の場合は予約時にお知らせください。

造影剤 無 有

造影剤有の場合、検査データのFAXをお願い致します。

検査日 年 月 日 Cr値: \_\_\_\_\_ [mg/dl] eGFR \_\_\_\_\_ [ml/min] 体重 \_\_\_\_\_ kg

MRI用の造影剤同意書が別のファイルにありますのでご説明とご署名をお願い致します。

傷病名・紹介目的・既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過・現在の処方などお願い致します。

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	整形部位	
<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 乳腺 (造影必須)	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 (右・左)
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 肝胆膵腎	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 股関節 (右・左)
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 唾液腺		<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 膝関節 (右・左)
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 耳下腺			<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 手関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節 (右・左)
<input type="checkbox"/> その他部位:					<input type="checkbox"/> 肘関節 (右・左)	<input type="checkbox"/> 下肢MRA

## MRI 検査問診票

- 心臓ペースメーカー、人工内耳・中耳、チタン製以外の脳動脈瘤クリップ及び脳動脈瘤塞栓コイル、埋め込み式除細動器、その他の体内埋め込み式電子装置等 (有・無)
- 入れ墨、アートメイク、タトゥー(眉毛など)、化粧(アイメイクなど)、付け爪(マニキュア) (有・無)  
(顔料に鉄粒子が含まれるものがあるので火傷や変色の可能性があります。当日はノーメイクでご来院してください。)
- 義眼、義足、義手、歯科インプラント、補聴器の装着 (有・無)  
(磁気部が脱着不能な義歯・義眼を装着している場合は磁力が低下して固定に支障の可能性があります。)
- 妊娠又は妊娠の可能性 (有・無)  
(胎児に対する安全性は確立していませんので、検査をする場合は主治医の先生とご相談して下さい。)
- その他体内にある医療機器、金属類をすべて挙げて下さい。MRI非対応の金属は検査できません。

[ ]

## 予約票 この用紙は氏名・予約日時を記入の上、患者様にお渡しください

フリガナ	予約日時	年	月	日
患者氏名		時	分	

**予約時間の30分前に川口誠和病院1階受付へお越しください。**

### MRI 検査について

#### MRI（磁気共鳴画像）検査概要

- ・強力な磁力と電磁波を用いた検査であり、放射線被ばくの心配はありません。狭い筒状の装置（幅と高さが50cm程度）に入ります。閉所恐怖症の方は検査できません。
- ・検査中は工事現場のような大きな音や振動がします。撮像の種類にもよりますが検査時間はおよそ20分前後です。

#### MRI 検査が不可能な方

- ・心臓ペースメーカー・MRI 非対応脳動脈瘤クリップまたは脳動脈瘤塞栓コイル・埋め込み型除細動器・人工内耳・人工中耳・深部脳刺激装置・他の埋め込み式電子装置など機器が体内に埋め込まれている方は磁場の影響による誤動作の恐れがある為検査が受けられません。

#### その他

- ・MRCP検査をする方は朝食抜きでお願いいたします。
- ・膀胱検査は検査前に排尿しないで下さい。
- ・常用薬はいつも通りに服用してください。
- ・主訴や症状などにより追加の検査・処置が必要になることがあります。
- ・予約時間に来院出来ない時、検査の予約を変更、キャンセルされる方はお早めにご連絡してください。
- ・救急患者様を優先することがありますのであらかじめご了承ください。

#### MRI 検査室に入る準備と注意点

以下のような金属類は体から外して検査室に着替えて頂きます。

- ・時計、携帯電話、補聴器、磁気カード（駐車券、銀行カード類など）壊れたり、使えなくなったりしますのでご注意ください。
- ・ヘアピン、アクセサリー（ネックレス、ピアス、指輪など）
- ・その他の金属を含むもの（外せる入れ歯、エレキバン、使い捨てカイロ、眼鏡、かつら、金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど）
- ・防寒下着（ヒートテック、ボディーヒーター、あったかインナーなど）湿布
- ・義肢（義足、義手）、コルセット、義眼
- ・コンタクトレンズ、化粧（アイシャドー、マスカラなど）頭髪用スプレーなどは含まれている成分によっては発熱して眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります。**検査当日は何も付けずに来院してください。また、コンタクトケースを持参してください。**
- ・刺青（入れ墨：背中、胸、腕など）は検査中に熱感を感じる場合があります。
- ・磁石を利用した義歯はMRI 検査後に磁力が低下する場合がありますのでご注意ください。
- ・妊娠初期はMRI 検査を受けないことが望ましいので妊娠の可能性の方も含めて主治医にご相談ください。

MRI 検査当日も金属類のチェックをさせていただきます。