

MRI検査 検査依頼書

ID _____

※下の枠内に必要事項の記入をお願いします。

《放射線科控》

紹介医療機関情報	依頼日	年	月	日
名称				
TEL	依頼医師名			

紹介患者情報	貴施設ID			
氏名(フリガナ)	生年月日	年	月	日
氏名(漢字)	性別	男	・	女
住所	TEL			

検査予約日時	年	月	日	時	分
--------	---	---	---	---	---

検査目的(既往歴・症状・治療経過など)

検査部位
<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン(頭部AX+頭部MRA)
<input type="checkbox"/> 頸動脈MRA
<input type="checkbox"/> 頸椎ルーチン <input type="checkbox"/> 胸椎ルーチン <input type="checkbox"/> 腰椎ルーチン
<input type="checkbox"/> 腹部()
<input type="checkbox"/> 骨盤()
<input type="checkbox"/> 骨関節()
<input type="checkbox"/> その他()
【特記事項】
<input type="text"/>

MRIチェックリスト
手術歴 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 詳細記入())
ペースメーカー(<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> MRI対応)
体内金属・歯科インプラント (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 詳細記入())
刺青 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 妊娠 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
その他特記事項()

注意事項

- * 腹部の検査の場合は患者様に前処置(絶食)の指示をお願いします。
- * 検査の画像データは会計時にCD-R形式にて患者様にお渡します。
- * 検査の所見は後日となります。所見が出来上がり次第お届けします。

天理市立メディカルセンター
FAX 0743-63-1825

天理市立メディカルセンター
TEL:0743-63-1821

MRI検査 予約票・説明書・同意書

ID _____

※下の枠内に必要事項の記入をお願いします。

《患者様控》

※予約時確認を行っていただき、チェックの記入をお願いします。

紹介患者情報		貴施設ID			
氏名(フリガナ)		生年月日	年	月	日
氏名(漢字)		性別	男 ・ 女		
検査予約日時	年	月	日	時	分
食事制限	なし ・ 絶食 (朝食 ・ 昼食)				

- * 朝食絶食・・・前日午後9時以降より制限してください。
- * 昼食絶食・・・当日午前8時以降より制限してください。
- * 普段の薬は服用してください。

- * 検査時間の20分前までに病院受付にお越しください。
- * 受付にはこの用紙を提出してください。
- * 検査の内容や状況によりお待ちいただく場合がございますが、ご了承ください。

◎検査の概要(検査を受けられる方はお読みください)

- * 強力な磁場(磁石)を用いて体内の情報を画像化する検査で、検査時間は30～60分です。
- * 電波を使用するため、体が温かくなります。
- * 検査中は大きな機械音が鳴ります。
- * 信号の切り替えにより体がピリピリと感ずることがあります。
- * 動くと画像が悪くなります。検査中は動かないようにしてください。

★下記に該当する方は検査を受けることが出来ません。

* 心臓ペースメーカー、人工内耳などの電子機器を使用している方	□なし
* 歯科インプラント、入れ歯、義眼などを磁石で固定されている方。	□なし
* 妊娠中、または妊娠の可能性のある方。	□なし

◎予約時確認 (体内金属や刺青などは発熱の原因になります)

- * 手術などによる体内金属(クリップ・コイル・人工関節・ステント・人工心臓弁) あり なし
- 歯科インプラント・義眼・その他() あり なし
- * 入れ歯やカラーコンタクト(検査中ははずしていただきます。ケースをお持ち) あり なし
- * 刺青・永久アイライン(アートメイク) あり なし
- * 閉所恐怖症または狭いところが苦手 あり なし

◎検査入室前確認(機器の故障や発熱の原因になるため、検査室に持ち込みできません)

- * 時計・財布・携帯電話・鍵 なし
- * 診察券・駐車券 なし
- * 湿布・エレキバン・カイロ なし
- * 経皮吸収パッチ(ニトロダームなど) なし
- * 補聴器・入れ歯・義眼 なし
- * ヘアピン・アクセサリ なし
- * ベルト・コルセット・サポーター なし
- * 機能性肌着(ヒートテックなど) なし
- * カラーコンタクト なし

★以上の内容を確認の上、検査に同意していただければ下記にご署名ください。

平成 年 月 日

患者氏名または代理人(続柄) _____ ()

指示医	検査説明	担当技師