

MRI 検査依頼票 (1)

診療情報提供書

受付 NO

ID

氏名

生年月日
性別

検査日 年 月 日 ()

検査開始予定時刻
午前・午後 時 分より

外来 科 病棟 (搬送: 独歩、車椅子、ストレッチャー) 検査後診察 有・無 備考

医療機関名 TEL 指示医師署名

画像出力 フィルム・CD 当日患者様に渡す・後日配送

検査依頼目的 撮影方法 単純・単純+造影・造影

病歴及び主訴 特に希望する撮影条件・撮影範囲・患者情報等

臨床診断名

体重 kg 感染症 有・無 () 妊娠 有・無 読影 必要・不要

撮影部位 (希望部位に○印を付けて下さい。詳しくは下記に記入して下さい)

基本的に検査できる部位は1カ所です。

頭部 ... ルーチン 下垂体 聴器 副鼻腔顔面 眼窩 その他 ()

頸部 ... 頸部全般 甲状腺 その他

胸部 ... 縦隔 乳房 (左・右・両方)

腹部 ... 上腹部 MRCP 骨盤腔

脊椎 ... 頸椎 胸椎 (番) 腰椎 ミエロ

四肢 ... 上肢 左・右 (部位) 下肢 左・右 (部位)

その他 ... () ()

MRA ... 頭部 MRA 頸部 MRA その他 ()

コメント

造影剤名	使用量	使用器材	使用量	使用器材	使用量	半切 枚	撮影技師名
						PC 加算	



MRI 検査問診票

- MRI 検査は磁場と電磁波を利用し、身体の断層像や血管像を撮影する検査です。
比較的大きな音がしますが撮影に必要なものなのでご了承下さい。
MRI 検査は放射線被曝の無い、寝ているだけの安全な検査と言われています。しかし、手術等により体内に機械や金属が存在する場合、それらの移動や発熱の可能性があり、不慮の事故が起こる恐れがあります。
検査を安全に行うために下記の質問にお答え下さい。
- 下記の質問 5 に該当する方は MRI 検査禁忌事項です。
- 重度の閉所恐怖症や痛みなどで静止していることが困難な場合は検査が行なえない場合があります。
- 撮影中、体を動かしてしまいますと画像がブレてしまい、診断が困難になる場合がありますので、動かないようお願い致します。

	患者様署名	指示医師署名
--	-------	--------

この問診票は、検査を依頼される医師が、患者様と共にご記入下さい。

●MRI 検査について (動く和不鮮明な画像になります)

- | | |
|-----------------------------|---|
| 1. 30 分程度静止した状態を保てますか？ | <input type="checkbox"/> はい・ <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2. 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 3. 気管支喘息、てんかん、アレルギーありますか？ | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 4. 閉所恐怖症ありますか？ | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |

●体内金属について (発熱、移動の危険があります)

- | | | |
|---|-----|--|
| <p>5. 心臓ペースメーカー 体内神経刺激装置
骨成長刺激装置 体内自動除細動器 人工内耳など
電氣的、磁氣的もしくは機械的に作動する体内埋込物</p> | } | ※MRI 検査禁忌※ |
| 6. 経皮吸収剤
ニトログリセリン製剤、ニコチン製剤 | | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 7. 磁石で固定するタイプの差し歯 | | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 8. 手術により体内に金属が入っていますか？
脳動脈クリップ、人工心臓弁、ステント
鼓室形成術、義眼、義手、義足、補聴器、
事故、戦争、怪我などでの体内金属 | | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
| | どこに | 何が |
| 9. コンタクトレンズ | | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |

●刺青等について (やけど、発赤、熱感、脱色などの可能性があります)

- | | |
|----------------------------|--|
| 10. 刺青、美容刺青 (パーマネントアイライン等) | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
|----------------------------|--|

●女性の方のみお答え下さい (妊娠 (胎児) に関する MRI 検査の安全性が確認されていません)

- | | |
|------------------------|--|
| 11. 現在妊娠している可能性がありますか？ | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 |
|------------------------|--|

MRI 予約票 (患者様用)

ID

氏名

生年月日
性別

検査日 年 月 日()

検査開始予定時刻

午前・午後 時 分より

外来	科	病棟 (搬送：独歩、車椅子、ストレッチャー)	検査後診察 有・無	備考
医療機関名 TEL			指示医師署名	
*この予約票は検査当日受付にお出し下さい				

MRI 検査のご案内

- ①外来・紹介患者様は検査開始予定時刻の 20 分前までに来院してください。
- ②検査時間が 30 分以上かかる場合がありますので、トイレは前もって済ませておいてください。
- ③検査室内は強い磁場になっていますので、身につけている**金属類、機械類磁気カード類**は更衣室内で外して頂きます。
*金属類…鍵等 機械類…時計、電話、補聴器等 磁気カード類…キャッシュカード等
- ④身につけている金属を含むもの、ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ピアス、入れ歯、カツラ、カイロ (使い捨てを含める)、エレキパンなどは外して頂きます。
- ⑤化粧品の中には、金属成分を含むものがありますのでなるべく化粧をしないで下さい。
- ⑥コンタクトレンズは外して頂きます。
- ⑦予約の取り直し、変更又は予約時間に来院できない場合は早めにご連絡下さい。
- ⑧救急患者様が来院された場合、検査予約時刻が前後する場合があります。
ご理解とご協力をお願い致します。

検査予約について (医療機関様へ)

- (ア) 予約電話・黒河内病院 放射線科直通 042-745-6395 にて予約をしてください。
- (イ) 日時が決まりましたら、患者様に問診と検査日時をお知らせ下さい。
- (ウ) 問診は、検査を依頼される医師が患者様とともにご記入をお願い致します。
- (エ) 依頼票(1)は、予約後 FAX (042-745-6394) に送信してください。
- (オ) 依頼票(1)は、医療機関にて保存です。
- (カ) 依頼票(2)・問診票(3)・予約票(4)は、患者様に渡してください。

黒河内病院 (くろこうちびょういん)

〒252-0305

神奈川県相模原市南区豊町 17-36

TEL 042-742-0211

FAX 042-745-6394

放射線科直通 TEL 042-745-6395

交通のご案内



周辺地図



(駅よりバス)

小田急相模大野駅より北口「バス4番のりば」より
「06系統 小田急相模原駅行き」バスに乗り、
バス停「旭町」にて下車し、徒歩2分。

(駅より徒歩)

小田急相模大野駅北口より 徒歩15分。

(駐車場)

30台+30台あります

平成22年11月現在