

MRI検査申込書（診療情報提供書）

✓をお願いします→ 単純 造影

依頼ご施設名		依頼医	
患者氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日	年齢	歳
患者連絡先			
検査日時	年 月 日 時 分 ～		

検査部位（✓をつけて [] 内を○で囲んでください）

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 頭頸部 [脳 ・ 眼窩 ・ 副鼻腔 ・ 甲状腺] | <input type="checkbox"/> 脊椎 [頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 胸腰椎移行部] |
| <input type="checkbox"/> 胸部 [縦隔 ・ 前部 ・ 側部 ・ 後部] | <input type="checkbox"/> 骨 ・ 軟部 ・ 関節 [部位 :] |
| <input type="checkbox"/> 腹部 [肝 ・ 胆 ・ 脾 ・ 腎 ・ 副腎] | <input type="checkbox"/> 骨盤 [前立腺 ・ 子宮 ・ 卵巣 ・ 直腸] |
| <input type="checkbox"/> MRA [脳 ・ 頸部 ・ 腹部 ・ 下肢] | <input type="checkbox"/> VSRAD |
| <input type="checkbox"/> MRCP | |

上記以外は詳細に []

主症状

検査目的

MRI検査を受けられる方へ

患者番号：

様

あなたの検査日時は、 から の予定です。
 検査当日は、開始予定の15分前までに受付をお願いします。採血や検尿、他検査との兼ね合いにより検査開始時間が前後する場合がございます。予めご了承下さい。

●MRI検査とは

MRI検査は、強い磁気を用いて体内の構造を調べる検査です。痛みや放射線被ばくの心配がない安全な検査ですので、安心して検査をお受けください。



●検査予約時の確認事項

- 体内に金属を植込まれている場合は必ず医師または看護師へお知らせ下さい。
- 妊娠またはその可能性がある場合は検査を受けられない可能性があります。

●検査前の流れと注意事項

<p>①来院前</p> <p><input type="checkbox"/> 食事制限</p> <p><input type="checkbox"/> 体外金属の確認</p> <p><input type="checkbox"/> 服用中の薬の注意</p> <p><input type="checkbox"/> インスリン注射</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <u>腹部や造影検査の場合は食事制限があります。腹部領域の場合、検査前は何も口にしないで下さい。</u> • 造影検査の場合、インスリン注射や糖尿病薬を服用している方は必ず医師または看護師に申し出て下さい。使用を制限する場合があります。 • 血圧、心臓の薬は飲んで下さい。
<p>②検査前</p> <p><input type="checkbox"/> 15分前受付</p> <p><input type="checkbox"/> 金属類の取外し</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 検査15分前には受付を済ませて下さい。 • 金属類、湿布、エレキバン、カイロ等は検査前に外していただきます。 • 下着やボタンに金属類がある場合は着替えていただくことがあります。
<p>③検査中</p> <p><input type="checkbox"/> 30～60分程度</p> <p><input type="checkbox"/> 検査中は動かない</p> <p><input type="checkbox"/> 検査中の音</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 検査部位によっては息止めが必要な場合があります。 • 時間がかかる分動きに弱い検査です。検査中は動かないようお願いいたします。 • 検査中は数種類の大きな音がします。信号の切り替え時に発生する音です。ご安心下さい。
<p>④検査後</p> <p><input type="checkbox"/> 生活制限なし</p> <p><input type="checkbox"/> 造影後水分の摂取</p> <p><input type="checkbox"/> 授乳の一時中断</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 食事やお風呂等特に制限はありません。 • 造影検査の場合は水分を多めに取るよう心がけて下さい。 • 造影剤を使用した場合、成分が微量ながら血液から乳汁へ移行することがあります。授乳中の場合は一時的に中断していただく必要があります。

その他ご不明な点等ございましたら、遠慮なくご相談下さい。



山鹿中央病院

〒861-0501山鹿市山鹿1000

TEL: 0968-43-6611

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

担当（ ）

MRI検査のための問診票

患者番号： _____

記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

様 (年齢： _____) (体重： _____) GFR： _____)

※MRI検査は磁石を利用した検査です。そのため室内への金属類の持込は禁止されています。
安全に検査を行うためにも以下の問診にて確認をお願いします。

MRI検査問診																							
問1. MRI検査経験	無 ・ 有																						
問2. 以下の項目で当てはまるものがあればすべてチェックを入れて下さい。																							
<table border="1"><thead><tr><th>体内金属(オーダー時記入)</th><th>体外金属(検査前記入)</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー</td><td><input type="checkbox"/> 白髪隠しや増毛パウダー</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 人工内耳</td><td><input type="checkbox"/> 補聴器、入れ歯やインプラント</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ</td><td><input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 血管内ステント・コイル</td><td><input type="checkbox"/> 湿布、カイロ、ニコチネル等</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 心臓人工弁</td><td><input type="checkbox"/> 金属のついた下着やベルト</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 人工関節・人工骨頭</td><td><input type="checkbox"/> 磁気ネイル</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 皮内鍼</td><td><input type="checkbox"/> 磁気カード(財布)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 避妊リング</td><td><input type="checkbox"/> 携帯電話、時計等の電子機器</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 入れ墨やアートメイク</td><td><input type="checkbox"/> 自宅や車の鍵</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> その他の体内金属 (_____)</td><td><input type="checkbox"/> その他の体外金属 (_____)</td></tr></tbody></table>	体内金属(オーダー時記入)	体外金属(検査前記入)	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 白髪隠しや増毛パウダー	<input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> 補聴器、入れ歯やインプラント	<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 血管内ステント・コイル	<input type="checkbox"/> 湿布、カイロ、ニコチネル等	<input type="checkbox"/> 心臓人工弁	<input type="checkbox"/> 金属のついた下着やベルト	<input type="checkbox"/> 人工関節・人工骨頭	<input type="checkbox"/> 磁気ネイル	<input type="checkbox"/> 皮内鍼	<input type="checkbox"/> 磁気カード(財布)	<input type="checkbox"/> 避妊リング	<input type="checkbox"/> 携帯電話、時計等の電子機器	<input type="checkbox"/> 入れ墨やアートメイク	<input type="checkbox"/> 自宅や車の鍵	<input type="checkbox"/> その他の体内金属 (_____)	<input type="checkbox"/> その他の体外金属 (_____)	
体内金属(オーダー時記入)	体外金属(検査前記入)																						
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 白髪隠しや増毛パウダー																						
<input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> 補聴器、入れ歯やインプラント																						
<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ																						
<input type="checkbox"/> 血管内ステント・コイル	<input type="checkbox"/> 湿布、カイロ、ニコチネル等																						
<input type="checkbox"/> 心臓人工弁	<input type="checkbox"/> 金属のついた下着やベルト																						
<input type="checkbox"/> 人工関節・人工骨頭	<input type="checkbox"/> 磁気ネイル																						
<input type="checkbox"/> 皮内鍼	<input type="checkbox"/> 磁気カード(財布)																						
<input type="checkbox"/> 避妊リング	<input type="checkbox"/> 携帯電話、時計等の電子機器																						
<input type="checkbox"/> 入れ墨やアートメイク	<input type="checkbox"/> 自宅や車の鍵																						
<input type="checkbox"/> その他の体内金属 (_____)	<input type="checkbox"/> その他の体外金属 (_____)																						
問3. 妊娠またはその可能性はありますか？	無 ・ 有																						
問4. 閉所恐怖症はありますか？	無 ・ 有																						
MRI造影検査問診																							
問5. 造影剤使用経験	無 ・ 有																						
検査時の副作用の有無	無 ・ 有 具体的な症状 (_____)																						
問6. 病歴	<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 心臓の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓の病気 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気 <input type="checkbox"/> アレルギー (_____)																						

検査について十分な説明を受け、納得の上で検査を受けることに同意いたします。

本人署名 _____ 印

代理人署名 _____ 印(続柄： _____)



山鹿中央病院

〒861-0501山鹿市山鹿1000
TEL: 0968-43-6611