

MRI・CT検査依頼票（診療情報提供書）

平成 年 月 日

フリガナ 氏名 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 歳	様 男・女	依頼元医療機関名所在地 医師氏名
---------------------------------------	-------	-------------------------

住 所	電話 ()
-----	--------

●予約日時	平成 年 月 日 (曜日)	午前・午後	時 分
-------	----------------	-------	-----

臨床診断／検査目的

撮影指示（特殊指示・撮影方向・具体的部位）
Axial Sagittal Coronal その他

検査方法	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT	※原則として造影はいたしません、 希望される場合は、予約時にお知らせ下さい。
------	--	---

画像の提供方法	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R	※読影レポートは後日、郵送させていただきます。
---------	---	-------------------------

●検査部位（※1回の検査は1部位のご依頼とさせていただきます。）

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 四肢
（以下の詳細についてもチェックをお願いします。）						
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肺野	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 膝 右・左
<input type="checkbox"/> 脳動脈（MRA）	<input type="checkbox"/> 頸動脈（MRA）	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 胆嚢・胆道	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 股関節
<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 肩 右・左
<input type="checkbox"/> 側頭骨	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 肘 右・左
<input type="checkbox"/> 内耳道	()	<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> 大動脈	()	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 副鼻腔		()		<input type="checkbox"/> その他		__関節右・左
<input type="checkbox"/> その他				()		__骨 右・左
()						()

●2枚目のチェックシートへの記入を必ずお願いします。

1・2枚目を封筒に入れ、患者さまへお渡し下さい。

3・4枚目は、患者さま用の説明書・問診票です。患者さまへお渡し下さい。

ご紹介くださる先生方へ

下記必要事項をチェック、記入して下さい。

氏名 _____ 様

MR I 検査をご依頼いただく場合

被検者チェックリスト（依頼医師が記入して下さい）

- (1) 患者の状態 独歩 車椅子 ストレッチャー
- (2) 妊娠初期(16週以内)の可能性 無 有 (検査不可)
- (3) 以下につきましては嚴重にチェックをお願いします
- 心臓ペースメーカー・人工内耳、その他電子装置を埋め込んでいる方 無 有 (検査不可)
- 磁力で装着する入れ歯 無 有 (検査不可)
- 磁力で装着する義眼 無 有 (検査不可)
- 刺青・アートメイク 無 有 (検査不可)
- クリップ（脳動脈ほか） 無 有 (手術の時期 年：存在場所・材質)
- 金属（整形外科ほか） 無 有 (手術の時期 年：存在場所・材質)
- 体内に異物がある 無 有
- 閉所恐怖症 無 有

MRCPをご依頼の場合

経口造影剤（ボーステル等鉄剤）の飲用 無 有

CT検査をご依頼いただく場合

撮影範囲内に心臓ペースメーカー、埋込型除細動器等を埋め込んでいる方

無 有

妊娠の可能性

無 有 (検査不可)

造影検査をご依頼いただく場合

※造影について、希望される場合は、予約時にお知らせ下さい。

禁忌（造影剤副作用歴）、原則禁忌（◆喘息◆重篤な肝、腎障害）のある場合造影はできません。その他危険因子（◆アレルギー歴など）のある場合も原則として造影いたしません。

腎障害（無・有） クレアチニン（ mg/dl） BUN（ mg/dl）

MRI・CT検査 予約票

氏名 _____ 様

● 予約日時 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)
 午前・午後 _____ 時 _____ 分

受診者の方へ

- ◆ 検査予約時間の40分前に1階受付 (A) にお越し下さい。
- ◆ 検査当日は、予約票 (本状) ・保険証 ・紹介状をご持参下さい。
- ◆ 当日検査に遅れる場合やキャンセルする場合、ご予約の変更が生じた場合は事前に直接佼成病院 (03-3383-1281) へご連絡をお願いします。
- ◆ B1画像診断 (R) にて検査を行い、画像データ (CDまたはフィルム) をお渡しします。

【腹部・骨盤腔および造影剤を使用して検査を受ける方へ】

- ◆ 検査時間の4時間前から絶食して下さい。(水分は水のみ可)
- ◆ 胆のうの検査の場合、6時間前から絶食して下さい。
- ◆ お薬は、いつも通りお飲み下さい。

【それ以外の部位の検査を受ける方へ】

- ◆ お食事・お薬は普段通りで構いません。

MRI 検査を受ける方は、検査を受ける際のご注意をお読みになり、問診票にご記入下さい。



立正佼成会附属佼成病院

〒166-0012 東京都杉並区和田2-25-1

電話03-3383-1281 (大代表)

MRI検査を受ける際のご注意

【 検査当日 】

- ① 問診票にご記入のうえ画像診断受付に提出して下さい。
- ② 検査を開始する前に更衣室でつぎのようなものを身体から外して下着（金属のないもの）一枚になり、検査着に着替えていただきます。
※検査室内に物を持ち込むことはできません。
時計、ヘアピン、鍼、カード類（キャッシュカード、テレホンカード）
- ③ お化粧はなさないでください。
- ④ カラーコンタクトレンズは、外していただきますので必ずケースをお持ち下さい。

【問診票】

1. 今までにMRIの検査を受けたことがありますか 【はい・いいえ】
2. 何らかの手術をしたことがある 【はい・いいえ】
手術名： _____
3. 体内に以下のような医療による金属類、機械、人工的なものがありますか
 - 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器 【はい・いいえ】
 - 人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置 【はい・いいえ】
 - 脊柱管内リード線、脊髄刺激装置 【はい・いいえ】
 - 脳動脈瘤クリップ 【はい・いいえ】（手術 _____ 年頃）
 - 心臓や血管内の金属物、人工物 【はい・いいえ】
（リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルター）
 - 圧可変式バルブシャント（脳室シャント：水頭症の手術） 【はい・いいえ】
 - 人工関節、人工骨頭、ワイヤー、釘など（整形外科手術） 【はい・いいえ】
 - 胆道、食道、気管などの金属ステント 【はい・いいえ】
 - 磁力で装着する義眼 【はい・いいえ】
 - 金属製避妊リング 【はい・いいえ】
4. 体内に外傷や旋盤作業による金属片がありますか 【はい・いいえ】
5. 以下の『金属類や人工的なもの』を身につけていれば、○で囲んでください。
補聴器・義足・義手・磁力を利用した義歯、歯列矯正器具、カラーコンタクト
6. ピアス類およびメイクアップ用品を使用している。 【はい・いいえ】
『マスカラやラメを混入しているメイクアップ用品・ピアスなどは取り除いてください。』
7. 刺青、アートメイク、まぶたの入れ墨をしている。 【はい・いいえ】
8. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）である。 【はい・いいえ】
9. 妊娠している（もしくは可能性がある）。 【はい・いいえ】（ _____ 週）
10. ニトロダーム（狭心症の貼付薬）をしている。 【はい・いいえ】
11. アレルギーがある（造影剤・薬品・食べ物） 【はい・いいえ】
12. 喘息（ぜんそく）がある。 【はい・いいえ】
13. 身長・体重をご記入ください。（安全上必要となります） _____ cm _____ kg

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入者名 _____