

申込日 平成 年 月 日

医療法人 恵仁会 田中病院 MRI 検査申込書 (兼診療情報提供書)

FAX 072-632-7917

検査予約日時 平成 年 月 日 ( ) 時 分

フリガナ			生年月日	
氏名		男・女	明・大	年 月 日
			昭・平	( 歳)
住所	〒			
電話番号				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院	ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
身長・体重	cm kg	合併症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ( )	
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	酸素	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 0	
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> WR <input type="checkbox"/> 他			

撮影部位 (複数選択可・要相談)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部MRAを追加 <input type="checkbox"/> 頸部MRAを追加 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部・縦隔 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> プリモピスト(EOB)造影 <input type="checkbox"/> SPIO造影 <input type="checkbox"/> 膵・胆管 <input type="checkbox"/> MRCP追加 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> MRU追加 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 整形領域 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 両側を追加(股) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 胸部大動脈 <input type="checkbox"/> 腹部大動脈 <input type="checkbox"/> 腎動脈(右) <input type="checkbox"/> 腎動脈(左) <input type="checkbox"/> その他 詳細( )
---------------------	--	--

撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影	追記事項:
------	--	-------

血清 Cr 値	検査日 年 月 日 (施行予定日から1ヵ月以内)	mg/dl
(造影検査必須事項)	※Cr値の結果により、造影検査ができないことがあります。	

現在までの経過・検査結果

※造影剤による副作用歴・1年以内の喘息発作・1年以内のてんかん、けいれん発作がみられた方は造影検査ができませんのでご確認し、該当なしの場合は該当なしにチェックを入れて下さい。(造影検査必須事項)  該当なし

紹介元 医療機関	医療機関名		
	住所		
	電話番号	TEL	FAX
	診療科・医師名	科	先生
	取次部署・担当者名		

お問合せ先: 医療法人 恵仁会 田中病院 TEL:072-635-5831(代表) FAX:072-632-7917  
 ホームページ: <http://www.tanaka-hsp.or.jp/>

# MRI 検査 説明書

様

## MRI 検査について

- MRI 検査は大きなトンネル状の磁石の中に入っていきます。検査中は大きな音がしますが、これは信号を検出するための音ですので心配いりません。磁気と電波を使用して検査を行いますので、放射線による被曝の心配はありません。

## 注意（MRI 検査ができない人）

- 体内に心臓ペースメーカー・ICD（植え込み型除細動器）・薬液持続注入器・人工内耳・可動式義眼が入っている方は検査できません。主治医に申し出てください。

## 食事、排尿などの制限について

- 腹部の検査の方は朝食もしくは昼食の絶食が必要になります。看護師、技師より絶食の説明を行いますので、それに従ってください。

## その他の注意点

- 検査前に検査着に着替えていただきます。
- 検査の都合上、多少時間がずれることがあります。また、急患を優先することがありますのでご了承ください。
- 心臓弁置換術や脳動脈瘤手術後の方は、検査ができないことがありますので、あらかじめ主治医に申し出てください。
- 心臓ペースメーカーを使用されている方は、磁力や電波によって誤動作したり故障したりすることがありますので、MRI 検査はできません。ご注意ください。
- 妊娠中の方や、妊娠の可能性のある方は主治医に申し出てください。

MRI 検査は強い磁力と電波を使用して検査を行います。金属類や磁力による影響を受ける物は検査室に持ち込めません。検査前に必ず取り外し、ロッカー等に保管してください。

- **金属物：** 時計、めがね、鍵、ライター、ヘアピン、指輪、ネックレス、ピアス、お金（紙幣を含む）、財布等
- **磁気カード：** キャッシュカード、クレジットカード、定期券、メモリカード等
- **その他：** 磁力で固定する義歯など、取り外しのできる義歯、義眼、補聴器、使い捨てカイロ、携帯電話、コンタクトレンズ、かつら等
- **化粧類：** ラメ入りの化粧、ネイル、つけまつげ、マスカラなどは金属を含むことがあるので、それらの化粧はご遠慮ください。
- **体表・体内：** アートメイクや刺青（いれずみ）や金属物のある方はあらかじめお伝えください。

# MRI 検査 問診票

MRI 検査を受けられる全ての方は下記の質問に教えてください

MRI 検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
その時、副作用はありましたか？ 発疹、かゆみ、吐き気、頭痛、その他（	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
体内に心臓ペースメーカー・ICD（植え込み型除細動器）・人工内耳・可動式義眼が入っていますか （入っていたら検査できません）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
MRI 開発以前（20 年以上前）に挿入された脳動脈クリップ・心臓人工弁が体内に入っていますか （手術された病院に MRI 可能か問い合わせてください）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
その他の金属（人工関節、旋盤加工などでのけが、戦時中の破片、刺青、アートメークなど）が体内に入っていますか （鉄成分の多い金属が体内にあると検査できません）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
閉所恐怖症の可能性ありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
以下の病気や体質といわれたことがありますか？ 喘息、緑内障、前立腺肥大、心臓の病気、糖尿病	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
検査計画を決定するために身長をご記入ください。	( )	cm
検査計画を決定するために体重をご記入ください。	( )	kg

年 月 日 患者署名 ( )

医師指示： 検査 可・不可 医師名：