

M R I 検 査 依 頼 票

ふりがな 患者様氏名 様 M・T・S・H 年 月 日 (男・女)	保険請求用病名 1) 2)									
依頼元医療機関名 住所 〒 TEL () 依頼医師	検査目的 検査部位 <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 脊柱 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 四肢・関節 造影検査の希望 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <table border="1" data-bbox="847 902 1508 1205"> <tr> <td>心臓ペースメーカー + , -</td> <td>脳動脈クリップ + , -</td> <td>その他体内金属 + , -</td> </tr> <tr> <td>妊娠 + , -</td> <td>授乳 + , -</td> <td>アレルギー既往 + , -</td> </tr> <tr> <td>気管支喘息 + , -</td> <td>腎排泄機能 + , -</td> <td>感染症 +(), -</td> </tr> </table> 主な症状・臨床所見	心臓ペースメーカー + , -	脳動脈クリップ + , -	その他体内金属 + , -	妊娠 + , -	授乳 + , -	アレルギー既往 + , -	気管支喘息 + , -	腎排泄機能 + , -	感染症 +(), -
心臓ペースメーカー + , -	脳動脈クリップ + , -	その他体内金属 + , -								
妊娠 + , -	授乳 + , -	アレルギー既往 + , -								
気管支喘息 + , -	腎排泄機能 + , -	感染症 +(), -								
依頼年月日 H 年 月 日	診断所見の送付 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 画像出力 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム									

※ 本票と別紙の「MRI検査をお受けになる方へ」をご持参いただくよう、患者様にご案内ください。

MRI検査をお受けになる方へ

検査日 年 月 日 曜日

_____ : _____ ~ _____ 頭頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤腔 ・ 脊椎 ・ 四肢 ・ ()

検査開始時刻の20分前の _____ : _____ までにご来院下さい。

1階で受付を済ませた後、地下1階の放射線室へお越しください。

- お食事の制限はありません。
- 水・お茶はお飲みいただけますが、糖分の入っているもの・乳性飲料はお避けください。

[午前の検査]

- 朝食は召し上がらないでください。

[午後の検査]

- 朝食は _____ : _____ までにお済ませください。
昼食は召し上がらないでください。

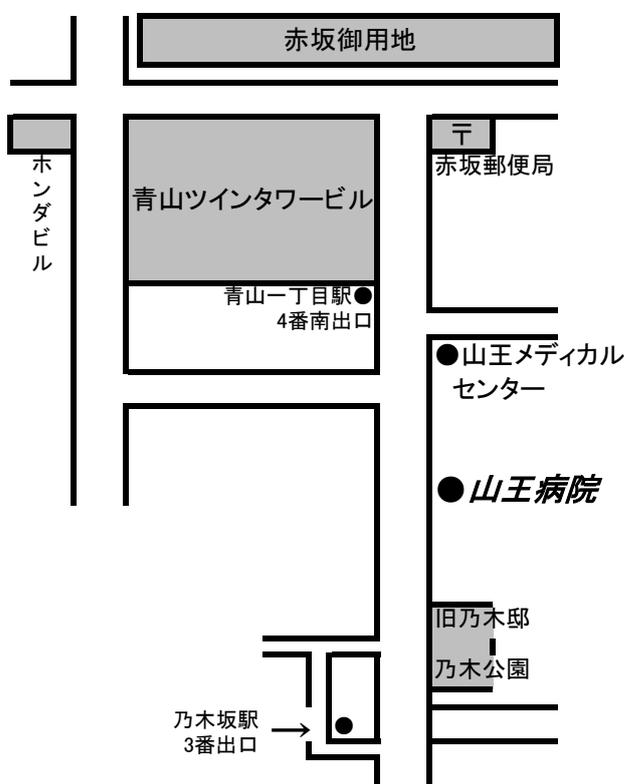
検査後は、画像(CD-Rなど)をお受け取りいただき、お会計をお済ませ後お帰りください。

下記に当てはまる方は検査を受けられない場合があります。

- 妊娠中または妊娠の可能性のある方
- 心臓ペースメーカー、避妊リング、または脳動脈瘤手術にて金属クリップやコイルを入れている方
- 着脱できない金属が体内にある方(人工骨頭・義歯・義眼・義足・義手など)
- 極度の閉所、暗所恐怖症の方
- タトゥー(入れ墨)やアートメイクのある方

なお検査ご予約時に医師にお伝えいただいていないことがございましたら、検査日より前にご連絡ください。

準備の関係上、ご予約の変更・キャンセルをご希望の場合はお早めにご連絡ください。



交通のご案内

- ◎ 東京メトロ銀座線・半蔵門線・都営大江戸線
「青山一丁目駅」4番(南)出口 徒歩4分
- ◎ 東京メトロ千代田線「乃木坂駅」3番出口 徒歩4分

医療法人財団 順和会 山王病院

〒107-0052

東京都港区赤坂 8-10-16

TEL: 03-3402-3151 (代)

MRI検査とは

磁気と電波を利用して断面画像を得る検査です。

からだのタテ・ヨコ輪切りの鮮明な断層写真が得られ、診断に役立ちます。

撮影時は仰向けでトンネルの中に入ります。大きな音がしますが心配ありません。

検査前の準備

下記のものは検査に支障をきたす可能性があるため、取り外していただくことがあります。

精密機器……………腕時計・携帯電話・歩数計など

金属製のもの…メガネ・アクセサリ・ヘアピン・カイロ・鍵など

磁気のもの……磁気カード(クレジットカード、キャッシュカード、スイカ、パスモなど)・磁気ネックレスなど

金属のもの…ライター・筆記用具・金属のついた洋服や下着・コルセット・義歯・補聴器・かつらなど

湿布薬・貼付薬

※マスカラ・アイシャドウは付けずにご来院ください。

※カラーコンタクトをご使用の方は、コンタクトケースをご持参ください(検査前にお外しいたきます)。

検査開始、検査中のお願い

検査台に仰向けになります。痛みを伴いませんので、リラックスし動かないでください。

検査中はマイクを通して、いつでも検査担当者とお話ができますので、ご安心ください。

検査終了後

特にご注意くださいことはありません。



MRI検査の問診票・同意書

予定日時: 年 月 日 時 分

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問にお答え下さい。
また、ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ね下さい。

いずれかに○印でお答え下さい。

1. ペースメーカー(心臓・肛門等)を使用していますか。(MRI不可)	はい	いいえ
2. ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。(MRI不可)	はい	いいえ
3. 人工内耳を使用していますか。(MRI不可)	はい	いいえ
4. 脳動脈瘤クリップを使用していますか。(年 月施行)	はい	いいえ
5. カラーコンタクト・補聴器を使用していますか。(装着時、MRI室への入室不可)	はい	いいえ
6. 磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。(装着時、MRI室への入室不可)	はい	いいえ
7. 義手・義足を使用していますか。(装着時、MRI室への入室不可)	はい	いいえ
8. 刺青やアートメイク・ボディーピアスをしていますか。	はい	いいえ
9. 以下のようなものは体内にありますか ・VPシャント ・人工心臓弁 ・ステント ・人工関節 ・薬物注入ポート ・置き針 ・眼窩内異物 ・治療による体内金属() ・体内残留の弾丸片および金属片(その他:) ・避妊リング(施行施設 ・ 年 月施行)	はい	いいえ
10. 狭いところが苦手と感じたことがありますか。	はい	いいえ
11. せき・痛み・しびれなどで、30分程度の静止が困難ですか。	はい	いいえ
12. 女性の方へ、現在妊娠をしている可能性はありますか。	はい	いいえ

◇上記に「はい」がある場合、すぐにスタッフへ申し出て下さい。

◇なお、問診結果によっては、身体の安全を考え、検査を中止することがあります。

年 月 日 担当医師: (診療科:)

山王病院院長殿

私は、今回のMRI検査を受けるにあたり担当医師から説明書に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

年 月 日

住所:

氏名:

印

同席者又は代諾者:

印

続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。

MRI検査の問診票・同意書

予定日時: 年 月 日 時 分

検査を安全にお受けいただくため、以下の質問にお答え下さい。
また、ご不明な点がございましたらスタッフまでお尋ね下さい。

いずれかに○印でお答え下さい。

1. ペースメーカー(心臓・肛門等)を使用していますか。(MRI不可)	はい	いいえ
2. ICD(埋め込み型除細動器)を使用していますか。(MRI不可)	はい	いいえ
3. 人工内耳を使用していますか。(MRI不可)	はい	いいえ
4. 脳動脈瘤クリップを使用していますか。(年 月施行)	はい	いいえ
5. カラーコンタクト・補聴器を使用していますか。(装着時、MRI室への入室不可)	はい	いいえ
6. 磁石を使った入れ歯・義眼をしていますか。(装着時、MRI室への入室不可)	はい	いいえ
7. 義手・義足を使用していますか。(装着時、MRI室への入室不可)	はい	いいえ
8. 刺青やアートメイク・ボディーピアスをしていますか。	はい	いいえ
9. 以下のようなものは体内にありますか ・VPシャント ・人工心臓弁 ・ステント ・人工関節 ・薬物注入ポート ・置き針 ・眼窩内異物 ・治療による体内金属() ・体内残留の弾丸片および金属片(その他:) ・避妊リング(施行施設 ・ 年 月施行)	はい	いいえ
10. 狭いところが苦手と感じたことがありますか。	はい	いいえ
11. せき・痛み・しびれなどで、30分程度の静止が困難ですか。	はい	いいえ
12. 女性の方へ、現在妊娠をしている可能性はありますか。	はい	いいえ

◇上記に「はい」がある場合、すぐにスタッフへ申し出て下さい。

◇なお、問診結果によっては、身体の安全を考え、検査を中止することがあります。

年 月 日 担当医師: (診療科:)

山王病院院長殿

私は、今回のMRI検査を受けるにあたり担当医師から説明書に記載された説明を受け、理解し納得しましたのでその実施に同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

年 月 日

住所:

氏名: (印)

同席者又は代諾者: (印) 続柄:

(配偶者・親権者・その他の親族)

(注) 署名は本人がなさってください。但し、未成年者または本人が署名できないときは、その保護者または親族の方が署名してください。