

MRI①

# MRI依頼・診療情報提供書

年 月 日

社会医療法人 三車会 貴志川リハビリテーション病院

〒640-0401 和歌山県紀の川市貴志川町丸栖1423-3

TEL 0736-64-0061

FAX 0736-64-0063

検査予定日時 年 月 日 午前・午後 時 分より

ふりがな 男・女 ( ) 歳

患者氏名 明・大・昭・平 年 月 日生

連絡先

貴院名

指示医師

主訴・病名等

## 検査部位

### ① 頭 部

脳  MRA

### ② 頸 部

甲状腺  MRA

### ③ 脊 椎

頸椎  胸椎  胸腰椎移行部

腰椎  仙椎・尾椎

### ④ 骨盤腔

子宮・卵巣

### ⑤ 上肢等

肩関節(右・左)  肘関節(右・左)  手関節(右・左)

### ⑥ 下肢等

股関節  膝関節(右・左)  足関節(右・左)

### ⑦ その他

( )

## 施行上のチェック ※

①MRI経験 あり なし

②手術歴 あり なし  
(術式 )

③体内クリップ等金属  
あり なし 不明

④心臓ペースメーカー  
あり なし

⑤ICD(埋め込み型除細動器)  
あり なし

⑥人工内耳 あり なし

⑦入れ歯や義歯、義眼  
あり なし

⑧閉所恐怖症 あり なし

⑨刺青(入れ墨) あり なし

⑩介助 必要 不要

⑪女性の方のみ 妊娠(可能性)  
あり なし 不明

身長 cm

体重 Kg

希望方法  単純のみ  造影付加

撮影方向の追加及びその他のご希望を、下記にご記入下さい。

※検査ができない場合も御座いますのでその節はご連絡・ご相談申し上げます。

社会医療法人 三車会 貴志川リハビリテーション病院

〒640-0401 和歌山県紀の川市貴志川町丸栖1423-3

TEL 0736-64-0061

FAX 0736-64-0063

検査予定日時 年 月 日 午前・午後 時 分より  
ふりがな 男・女 ( ) 歳  
患者氏名 明・大・昭・平 年 月 日生  
連絡先

貴院名  
指示医師

1.MRI は、強力な磁場(磁石)により体組織を画像情報にするので、事前にいろいろとおたずねしています。

- ① 妊娠や体内金属の留意等があれば、緊急必要時以外施行できません。
- ② 磁気付きキャッシュカード・定期券等、金属製品(装身具類、時計、携帯電話、メガネ、義歯、補聴器等)に加え、金属片やホック付き下着、磁石を含む湿布、使い捨てカイロ等も検査室に持ち込めません。ご注意願います。
- ③ 当日のお化粧品(特に金属粉含有のアイシャドー等)はご遠慮願います。
- ④ 所要時間は30分程度です。検査前にお手洗いを済ましていただきます様願います。
- ⑤ 検査が始まりましたら大きな音がします。異常音ではありませんのでご安心下さい。
- ⑥ 検査中には、緊急用ブザーを持っていただきますので何か緊急事態等あれば、ブザーを鳴らして下さい。

2.受付手順ほか(当院への道順ほか不明な点は、何なりとお問い合わせ下さい)

- ① 当日はご持参のMRI依頼・診療情報提供書を外来受付にお出し下さい。
- ② 受付後、MRI室近くの席でお待ち願います。
- ③ 先の方の検査状況で、開始が予約のお時間と少々前後する場合もあり得ますのでご了承願います。
- ④ 看護師や放射線技師が、検査衣への着替えをご案内します。その後検査開始となります。
- ⑤ 検査終了後は元の衣服に着替え、受付前の席でお待ち下さい。15～20分後検査結果をCD-R又は、フィルムにてお渡しします。

3.検査は予約制で時間枠を確保しており、予定の変更は他の患者様に迷惑になります。

事情により延期やキャンセルを希望の場合、できるだけ早目にご連絡をお願いします。