

診療情報提供書(造影MRI検査依頼書) 依頼元控え

フリガナ	性別	ご紹介施設名	病院・クリニック 医院・診療所
患者氏名	男・女	ご紹介医師名	連絡先 Tel() -
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳	ご紹介診療科	科 外来・入院 階

患者の移動方法 独歩 車椅子 ストレッチャー

検査予定日時 年 月 日 時 分 ※検査当日は検査予定時刻の**30**分前にお越し下さい

検査内容
造影剤の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 造影あり 体重()kg
造影検査には3ヶ月以内のクレアチニンのデータが必ず必要です。血液検査の結果もFAXをお願いします。
検査部位 (右・左・両)

結果搬送方法
<input type="checkbox"/> 画像のみ持ち帰り <input type="checkbox"/> 画像・レポートともに後日郵送

貴院での次回診察日
月 日 予定

臨床診断名・現病歴

確認事項
①体内金属 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
【重要】 必ず、別紙の「体内の金属チェック用紙」が必要です。確認が出来ない場合には検査が行えません。この書類と一緒にFAXをお願いします。

検査目的・知りたい画像情報・目標部位又は器官名

②手術歴 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()
③薬剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()
④喘息(造影禁忌) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑤腎機能障害 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑥感染症 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()
⑦閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑧妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑨彩都友誼会病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()

※主治医の先生へ
 ・太線枠内のすべてをご記入下さい。
 ・検査当日は、**マイナンバーカード**もしくは**保険証**、**検査費用**、**予約書持参**で**30分前**に来院して頂くようにお伝え下さい。
 ・この用紙の1枚目をFAXして頂き、2枚目を患者様の予約書としてお渡し下さい。

予約書 患者様控え

フリガナ	性別	ご紹介施設名	病院・クリニック 医院・診療所
患者氏名	男・女	ご紹介医師名	連絡先 TEL() -
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 歳	ご紹介診療科	科 外来・入院 階

検査予定日時 年 月 日 時 分 **※検査当日は検査予定時刻の30分前にお越し下さい
(検査前に説明・問診を行います)**

検査の時刻に遅れられますと、お日にちを変更して頂く場合もございますのでご注意ください。

- ・検査の都合上、必ず検査予定日時の**30分前**にマイナンバーカードもしくは保険証、検査費用、この予約書をもって彩都友誼会病院 1階総合受付にお越しください。また当院はご紹介いただいた施設とは**別の医療機関**です。初診・再診に関わらず、マイナンバーカードもしくは保険証を必ずお持ち下さい。
労災保険・交通事故での検査は一般保険証が使用出来ませんので、事前にお問い合わせください。
 - ・小さいお子様連れでのご来院はご遠慮下さい。検査中に職員がお子様をお預かりすることはできません。
 - ・事情により予約を取り消される場合や、検査当日に急用、体調不良で**来院できない場合は早めに連絡ください。**
 - ・下記の注意事項を必ずお読みください。ご不明な点がございましたら、お電話でお問い合わせください。
- 問い合わせ 彩都友誼会病院 画像診断部受付 電話 072-641-5898

検査注意事項(必ずお読みください)

MRI検査について

強い磁石と電磁場の方で人体の構造を見る検査です

- ・**手術や針治療、外傷**などで体内に**金属がある場合**検査を受けられない場合があります。
- ・**インスリンポンプ、持続グルコース測定器CGM/FGM**リブレを装着した状態でMRIを撮影することはできません。事前に外した状態でご来院ください。検査当日に外せない場合は、検査日の変更が必要です。依頼医にご相談ください。
- ・**アートメイク・刺青・タトゥー**をされている方は**熱傷**の恐れがあり、検査を受けられない場合があります。
- ・**歯のインプラント及び歯科矯正**をされている方は検査までにMRI検査が可能か歯科に確認して下さい。
- ・**カラーコンタクトレンズ(ディファインを含む)**は発熱の恐れがあるため、レンズを外していただきます。
- ・腹部以外の検査を受けられる方は、検査当日の食事は通常の半分程度の食事量にしてください。水やお茶は飲んで頂いて結構です。
- ・腹部の検査を受けられる方は、検査の**3時間前**から**絶食**をお願いします。検査の**2時間前**までは水のみ摂取可能です。
- ・**膀胱/前立腺の検査**の方は検査1時間前から排尿しないように、をお願いします。
- ・検査時間は**30分から40分**ほどかかります。
- ・**造影剤を投与することで、副作用で稀にかゆみ、蕁麻疹**が出る場合があります。また、ごく稀に強い症状が出る場合がありますが、その際にはそれに応じて適切な処置を実施いたします。



モノレール彩都線 彩都西駅より徒歩10分