

# 診療情報提供書(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 M・T・S・H 年 月 日 歳		ご紹介診療科	科 外来・入院 階

患者の移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 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日時の <b>30分</b> 前にお越し下さい
--------	-----------	-----------------------------------

検査内容	画像結果
造影剤の使用 <input type="checkbox"/> 造影なし <input type="checkbox"/> 造影あり <input type="checkbox"/> 必要なら造影 体重( )kg	画像出力 読影レポート <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
<b>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。</b>	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

検査部位  (右・左・両)
---------------------

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  <b>【重要】</b> 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彩都友会病院受診歴 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ( )

・太線枠内のすべてをご記入下さい。  
※主治医の先生へ 検査当日は、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	M・T・S・H 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日時の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**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。保険証を必ずお持ち頂き、再診の方も月に一度の確認が必要です。**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。
- 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)

### MR検査について

**強い磁石と電磁場の力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。また受けられても画像が歪む場合があり、著しく画像が歪む場合は検査を中止することがあります。
- 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。
- マスカラや付け爪、光沢の強い**化粧品**は金属物質が含まれている可能性があるため事前に外しておいてください。
- 歯の**インプラント**をされている方は検査までにMRIに対応しているインプラントかどうかを歯科に確認して下さい。
- カラーコンタクトレンズ(虹彩付レンズ、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。予備レンズまたはメガネ等をお持ちください。
- 検査室へは、**補聴器、磁気カード**などの**金属製品**は持ち込まないようにお願いします。
- 飲み物**は普段どおりにお摂りください。
- 腹部以外の検査**を受けられる方は普段どおりの食事をお摂りください。
- 腹部の検査**を受けられる方は、検査の**5時間前**から**絶食**をお願いします。
- 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、お願いします。
- 検査時間は**15分から30分**ほどかかります。
- 造影剤**を使用する場合、副作用のために稀にかゆみ、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5分

※検査に来られる方へ 検査当日は保険証、検査費用、予約書持参で30分前にお越し下さい。