

# MRI検査申込書 兼 問診票 (紹介元医療機関医師記入用)

年 月 日

社会福祉法人 同愛記念病院

貴医療機関名

地域医療連携室

所在地

FAX 03-5819-1816 (連携室直通)

電話番号

TEL 03-5608-3237 (連携室直通)

FAX番号

医師氏名

(ご担当者名)

フリガナ 患者氏名	大・昭 平・令	年 月 日	才 男・女
フリガナ ( )	電話 ( )		
現住所			
同愛記念病院受診歴 無・有	診察券番号		
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> その他(具体的に) :		
造影剤使用の有無 無・有			
希望日	第1希望 月 日	第2希望 月 日	

※下記の間診票の記入をお願いいたします。

## 一問診票一

- ペースメーカーなどの体内電子機器 ( 無 ・ 有※)
- 脳動脈瘤クリップ ( 無 ・ 有るが検査実施)
- 妊娠 ( 無 ・ 有るが同意済み)
- 閉所恐怖症 ( 無 ・ 有るが同意済み)
- その他体表体内留置金属 ( 無 ・ 有るが検査可能)  
有る場合：部位と種類をご記入ください ( )
- 身長          cm 体重          kg

## \*\*\*造影の場合下記もチェック願います\*\*\*

- ガドリニウム造影剤による副作用歴 ( 無 ・ 有※)
- ぜん息 ( 無 ・ 有るが同意済み)  
注：現在症状がある場合、過去1年以内に発作を起こした既往がある場合は造影不可
- アレルギー体質 ( 無 ・ 有るが同意済み)
- 透析 ( 無 ・ 有るが検査実施)
- 重篤な腎障害、重篤な肝障害 ( 無 ・ 有※)
- 小児(鎮静剤不必要な患者様のみ) ( 同意済み )

※は検査または造影不可です。

年 月 日

医療機関名

主治医署名

# MRI検査問診票

★検査を安全・確実にを行うため以下の項目にお答えください

(場合により検査ができないことがあります)

技師確認欄

1. 今までにMRI検査を受けたことがありますか (はい・いいえ)
2. 下記の医療機器を使用していますか (はい・いいえ)   
〔 心臓ペースメーカー ・ 除細動器 ・ 人工内耳 ・ 神経刺激装置 〕
3. 手術（内視鏡を含む）や針治療などで体内に金属はありますか (はい・いいえ)   
・脳動脈瘤クリップ・コイル・脳内シャントチューブ・人工心臓弁・皮膚拡張器  
・血管内や食道・胆管・尿管内の金属（ステント・コイル・フィルター）  
・人工骨頭・人工関節・ボルト・プレート・釘など  
・消化管出血やポリープ切除などの止血クリップ・マーキングクリップ  
・置き針・金属片（特に眼内）・尿道カテーテル(DIBキャップなど)  
・その他（ ）
4. 刺青（タトゥー）・美容刺青（アイライナー）をしていますか (はい・いいえ)
5. 狭い所が苦手、または閉所恐怖症ですか (はい・いいえ)
6. 女性の方へ妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか (はい・いいえ)

★下記のは検査室に持ち込むことができません。検査時は外していただきます。

(装置の故障または人体に危険を及ぼす可能性や画像の劣化をとまいません)

- ・補聴器、義眼、義肢、入れ歯、磁気インプラント、インスリンポンプ、グルコース測定器
- ・カラーコンタクトレンズ
- ・かつら、ヘアピン、アクセサリ、眼鏡、時計、鍵、携帯電話、磁気カードなど
- ・貼り薬（ニトロダームTTS、ニコチネルTTS、ニュープロパッチ、ノルスパンテープ、フェントステープなど）
- ・湿布、カイロ、エレキバン、金属のついている衣類や下着
- ・遠赤外線・保湿性の高い下着（ヒートテックなど）

記入日 20 年 月 日

患者氏名

身長 cm 体重 kg

※代筆者氏名

(続柄: )

ご協力ありがとうございました。検査時までにご記入いただき、当日予約票と一緒に持ちください。

【確認技師名】

社会福祉法人同愛記念病院 放射線科 MRI室

## ■検査に関する注意点とお願い

★患者様へのご説明をお願いします。

### □MRI（単純）

- ・腹部・骨盤部の検査を受ける方は
  - 【午前の検査】 朝食をとらないでください。
  - 【午後の検査】 昼食をとらないでください。
- ・水分（水・お茶）は飲んでかまいません。
- ・その他の検査は食事制限はありません。

### □MRI（造影）

- ・食事について
  - 【午前の検査】 朝食をとらないでください。
  - 【午後の検査】 昼食をとらないでください。
- ・水分（水・お茶）は飲んでかまいません。

### □検査のご注意

- ・婦人科、泌尿器科の骨盤部検査の方は可能な限り予約時間の約1時間前から尿をためてください。
- ・検査時は検査着に着替えていただきます。  
その際、装身具などは体からはずしてください。  
金属製品、磁気に影響される物は持ち込めません。
- ・この検査は磁場を利用し体の情報を画像化します。時間は約30分です。
- ・検査中は大きな音がします。

\* 検査予約時間の30分前までに必ずご来院をお願いします。

\* 検査の都合上、予約時間よりお待ちいただくことがありますのでご了承ください。

★紹介状・MRI検査問診票・同意書（造影の場合）を検査前日までに

地域医療連携室あてにFAXをお願いします。（FAX03-5819-1816）

★紹介状、MRI検査問診票、同意書の原本は、同一の封筒に同封していただき、当日ご本人に必ず持参いただくようお願いいたします。