

記入後コピーの上、1枚はFAX後に貴施設で保管してください。1枚は患者様持参をお願いします。

FAX送信先:075-950-5753

問い合わせ等TEL:075-950-5751

診療情報提供書(MRI検査依頼書)

医療法人財団 康生会

梶井町放射線診断科クリニック 担当医 宛

紹介元医療機関名

連絡が取れる電話番号(内線番号・PHSなど)

診療科 ・ 医師名

Ⓜ

() -

| | | | | | | |
|---|------------|---|----------|---|-----------|------------|
| | 年 | 月 | 日 (曜日) | 時 | 分 | までにご来院下さい。 |
| ↳ | 検査開始は30分後の | | 時 | 分 | を予定しています。 | |

患者様情報

| | |
|------------|-------------------|
| ふりがな 氏名 | 貴院ID: 様 性別 男・女 |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳) |

住所 (〒 -)

電話番号: - - すぐに連絡の取れる所・携帯電話: - -

| | | |
|--|---|---|
| 検査部位 | 注:検査枠の都合上、撮像シーケンスの調整を行うことがあります。両側撮像は、画質・撮像内容が片側より制限されます。 | |
| <input type="checkbox"/> 脳MRIのみ <input type="checkbox"/> 脳MRI+脳MRA <input type="checkbox"/> 脳MRI+頭頸部MRA <input type="checkbox"/> 頭部MRI (下垂体・内耳・眼窩・他) <input type="checkbox"/> 頸部(部位: <input type="checkbox"/> 心機能形態 <input type="checkbox"/> 胸部(乳房・他) | <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎・他) (追加指定:EOB・SPIO・MRCP・他) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (前立腺・膀胱・子宮・卵巣・他) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨) <input type="checkbox"/> 肩関節(みぎ・ひだり・両側) <input type="checkbox"/> 肘関節(みぎ・ひだり・両側) <input type="checkbox"/> 手関節(みぎ・ひだり・両側) | <input type="checkbox"/> 股関節(みぎ・ひだり・両側) <input type="checkbox"/> 膝関節(みぎ・ひだり・両側) <input type="checkbox"/> 足関節(みぎ・ひだり・両側) <input type="checkbox"/> MRA(部位: <input type="checkbox"/> その他の場合は具体的に記入を () |

| | | | |
|--------------|---------|------|--|
| 臨床診断・経過・依頼情報 | 次回診察日時: | 感染症: | 造影(必ずチェック) |
| | | | <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 一任 |

| | |
|--|--|
| チェック項目(必ずチェック) | |
| ① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、神経刺激電極、人工内耳、MRI非対応の人工弁や動脈瘤クリップ | <input type="checkbox"/> あり → MRI対応が明らかでない場合は検査できません。 <input type="checkbox"/> なし |
| ② スtent挿入後、2ヶ月以内である。 | <input type="checkbox"/> はい → 電話でご相談ください。基本的には8週までは避けて下さい。 <input type="checkbox"/> いいえ |
| ③ 現在、妊娠中である。 | <input type="checkbox"/> はい → 電話でご相談ください。基本的には12週までは避けて下さい。 <input type="checkbox"/> いいえ |
| ④ その他、体内金属を装着している。 | <input type="checkbox"/> はい → (詳細記入:) <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑤ MRI造影剤に対してアレルギー歴がある。 | <input type="checkbox"/> はい → 造影はできません。 <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑥ ぜんそくの治療中あるいは過去5年間に治療を受けたことがある。 | <input type="checkbox"/> はい → 造影はできません。 <input type="checkbox"/> いいえ |
| ⑦ 腎機能障害がある。(eGFR 30mL以下はガドリニウム造影剤の使用はできません。) | <input type="checkbox"/> はい → (造影要/一任時は記入 Cre= または eGFR=) <input type="checkbox"/> いいえ |

| | |
|--------------|---|
| ご希望の画像返送媒体 | <input type="checkbox"/> フィルム(患者様持ち帰り) <input type="checkbox"/> CD-R(DICOM) <input type="checkbox"/> 両方 |
| 画像 CD-R 返送方法 | <input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り <input type="checkbox"/> 次回受診日までにレポートと共に郵送 |
| 診断レポート返送方法 | <input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 左に加えFAX要(番号: |

※患者様持ち帰りの場合、検査後30分程度のお時間がかかります。

記入後患者様にお渡しください。中央右の造影剤使用欄にチェックをお願いします。

MRI検査予約表

検査当日は、必ずご来院日時記載の時間までに
梶井町放射線診断科クリニック 受付までお越し下さい。

ご来院時間に遅れて来られた場合、検査時間を短縮する必要が生じたり、場合によっては検査時間や検査日を変更していただく場合がございます。よりよい検査のためにご協力をお願いします。

年 月 日 (曜日) 時 分 までにご来院下さい。

検査開始は30分後の 時 分 を予定しています。

患者様情報

ふりがな

氏名

生年月日

年

月

日

(

歳)

貴院ID:

様

性別

男・女

当日ご持参いただくもの

- MRI検査予約表(本紙)
- 主治医から預かった書類、フィルム・CD等一式
- 健康保険証・各種受給証【※他施設で提出済でも、必ずご持参下さい。】

検査の注意事項

※よりよい検査のために、下記の注意事項にご協力下さい。

◎ご来院について

- ・この用紙をご来院日時に記載の時間までに受付にお出し下さい。
- ・万が一、ご来院日時記載の時間に来院できない場合は、なるべく早く **075-950-5751** までご連絡下さい。
- ・当日のキャンセルは極力ご遠慮下さい。

◎当日の諸注意

- ・ヘアピンやイヤリング等の金属類はすべて検査前にはずしていただきます。
- ・腹部・骨盤の検査、造影剤使用の可能性のある方は、検査前3時間は絶食して下さい。

造影剤使用

使用しません

使用する可能性
があります



カロリーのないお茶や水は飲んでいただいて結構です。

脊椎の検査は絶食の必要はございません。(造影剤使用の場合を除く。)

造影剤使用の可能性については、右の欄で確認して下さい。チェックがない場合は絶食として下さい。

- ・膀胱(ぼうこう)の検査の方は、検査2時間前の排尿はお避け下さい。
- ・カラーコンタクトをつけたままでの検査はできませんので、ケースをご持参下さい。
- ・マスカラやアイラインは画質に影響を及ぼす可能性がありますのでご使用をお控え下さい。
- ・検査の都合により検査開始時間が若干遅れる場合がありますのでご了承下さい。

◎造影剤の使用について

検査内容により造影剤という血管や臓器を明瞭にする為の薬を注射しますが、まれにかゆみ、じんましんなどの副作用が出る場合があります。また、ごくまれに血圧低下など強い症状が出ることもあります。

その際には副作用に応じて必要と判断した処置を実施いたします。

当日に詳細な問診を行います。ご質問のある方は受付にお問い合わせ下さい。

◎閉所恐怖症について

MRI撮像時は、狭い筒状の機械の中に入りますので、不安のある方は主治医にご相談下さい。