

診療情報提供書(CT/MRI検査依頼書)

医療法人財団 医道会
十条武田リハビリテーション病院 放射線科 担当医 御侍史

Address: 〒

TEL:

FAX:

E-Mail:

紹介元医療機関名:

診療科・医師名:



検査開始は 年 月 日 時 分 を予定しております。

検査当日は にご来院ください。

患者様情報

ふりがな
氏名 様 性別 (選択)

生年月日

住所 〒

電話番号:

検査部位 プルダウンから選んでください。

モダリティ (選択)	大分類	小分類 (選択)	左右 (選択)	造影の有無 不要
---------------	-----	-------------	------------	-------------

依頼情報

主訴・傷病名

現病歴・経過等

チェック項目

- ① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、神経刺激電極、動脈瘤クリップはありますか。 (選択)
MRI対応が明らかでない場合は検査を実施できません。
 - ② 脳脊髄シャント、人工内耳はありますか。 (選択)
MRI対応であっても検査を実施できません。
 - ③ 歯科用磁性体インプラント、インスリンポンプ、持続グルコース測定器(リブレなど)はありますか。 (選択)
取り外すことで検査が可能です。
 - ④ (女性の方へ)現在、妊娠中である。 (選択)
妊娠初期(14週未満)の検査は実施していません。
- 造影検査の場合、以下の項目をお願いします。
- ⑤ CT/MRI造影剤のアレルギー歴がある。 (選択)
はいの場合は検査を実施できません。
 - ⑥ ぜんそくの治療中である。 (選択)
はいの場合は検査を実施できません。
 - ⑦ 重篤な腎機能障害がある。(e-GFR 30ml/min以下は造影剤の使用ができません。) (選択)
3か月以内のCre= または eGFR=

画像 CD-R 返送方法 (選択)

診断レポート返送 (選択)

十条武田リハビリテーション病院 放射線科

TEL:(075)671-2399

FAX:(075)671-2344

E-Mail:radio-j@takedahp.or.jp

十条武田リハビリテーション病院 CT/MRI検査予約票

お名前 様

検査開始は 年 月 日 時 分 を予定しております。

検査当日は にご来院ください。

検査の注意事項

1. こちらの用紙を予約時間の30分前に正面玄関左側の総合受付へお出しください。
2. 予約時間にご来院できない場合は、当院まで必ずご連絡ください。
3. 検査時間はCT検査がおおよそ10分、MRI検査がおおよそ30分ほどかかります。
※予約外の緊急検査などで検査開始時間に遅れが生じる場合があります。

4. 飲食について

腹部以外の検査は食事制限はございません。

腹部または造影剤を用いる検査は予約時間の4時間前までに済ませてください。

※水分は直前まで摂取できますが、MRCP検査のみ2時間前より控えてください。

5. 以下に記載した装着品の取り外しを検査前をお願いいたします。

- ・医療器具（歯科用磁性体インプラント・インスリンポンプ・持続グルコース測定器 [リブレ] など）
- ・アクセサリ類（カラーコンタクト・ヘアピン・ウィッグ・ピアス・ネックレス・時計など）
- ・その他（補聴器・義歯・ヒートテック・財布[キャッシュカード]類・携帯電話・カイロなど）

6. 以下の項目に該当する場合は、必ず担当技師にお申し出ください。

- ・心臓ペースメーカーや埋め込み型除細動器を使用している方
- ・手術等で体内に金属を留置している方
- ・妊娠中、または妊娠の可能性がある方
- ・医師から不整脈・てんかん等の診断をされた方
- ・閉所が苦手な方

7. 交通のご案内 お車でご来院の方は、病院北側の**有料駐車場**をご利用ください。病院へのアクセスはQRコードが便利ですのご活用ください。



カメラで読み取りますと
地図アプリが開きます

- JR線「西大路」駅から東へ徒歩15分
- 近鉄線「十条」駅から西へ徒歩15分
- 市バス「羅城門」バス停を南へ徒歩7分
- 市バス「千本十条」バス停 徒歩1分

予約・検査に関するお問い合わせ

放射線科 直通電話 (075) 671-2399

医療法人財団 医道会 十条武田リハビリテーション病院

〒601-8325 京都市南区吉祥院八反田町32番地 [代表] (075)671-2351



TAKEDA HOSPITAL

MRI検査を受けられる方へ

1.カラーコンタクトレンズは外していただきます。

カラーコンタクトレンズの着色部分に金属成分（酸化鉄、酸化チタン）が含まれており、磁場に反応して発熱の可能性があります。

発熱による目の影響を無くすため、検査前に外していただきます。事前にレンズケースや替えのレンズ・メガネ等をご用意ください。

※視力矯正用の透明なコンタクトレンズ（ソフト・ハード）は装着したまま検査を受けられます。

2.タトゥー（入れ墨）・アートメイクはやけどや変色の可能性があります。

タトゥーやアートメイクのインクに含まれる金属成分は磁場に反応して発熱する可能性があります。

発熱による皮膚のやけどや入れ墨の変色等のリスクがあることに同意されたうえで検査を行いますので、施術されている方は必ず担当医にお申し出ください。

3.化粧品は控えめで、一時染毛料は使用せずをお願いします。

化粧品などに含まれる金属成分は磁場に反応して発熱する可能性があり、発熱による皮膚のやけどや金属成分による検査画像への影響を生じることがあります。

※金属成分が含まれている可能性のある化粧品

ベースメイクやアイメイク商品・ネイルカラー・日焼け止め化粧品・一時染毛料など特に、一時染毛料（増毛パウダーや白髪ファンデーション、ヘアマスカラなど）は製品によっては微細な金属を含んでおり、飛散した場合は装置故障の原因となります。

検査をお受けになられる際は、できるだけ控えめな化粧でお越しいただき、ネイルは外して一時染毛料を使用しないようお願いします。

4.静音化対策にヘッドホンを導入いたしました。

検査中は大きな騒音が発生いたしますので、静音化対策にヘッドホンをご用意しております。耳栓もご用意できますので必要な方は担当技師にお声がけください。

※騒音を完全に遮断することはできません。

患者ID: _____ 患者氏名: _____

外来撮影分医事部にて 欄

十条記入欄

※スキャン要

MRI検査問診票


検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名

((複数日有る場合)) _____ 年 _____ 月 _____ 日)

MRI検査は磁場と電磁波を利用して体内を画像化する検査です。

電子機器の持ち込みや手術などで体内に金属がある場合、機器の故障やからだの発熱・皮膚のやけど・変色 (入れ墨・アートメイク) の可能性があります。

MRI検査を安全に受けていただくために、下記の項目にチェックを付けてください。

問診項目		
心臓ペースメーカー・植込み型除細動器(ICD)はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
人工内耳はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
脳脊髄シャントはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(手術などで) 体の中に金属は入っていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
 はいの方 部位は？ <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 胸腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 他 () いつごろですか？ () 年 何の手術？ <input type="checkbox"/> 骨 <input type="checkbox"/> 血管 <input type="checkbox"/> 他 ()		
補聴器をつけていますか？ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
コンタクトレンズをしていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
入れ墨 (タトゥー) ・アートメイクはありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
湿布・鎮痛剤など貼り薬はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
入れ歯・歯科インプラント・歯列矯正器具はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
磁石式の歯科インプラントはありますか？ <input type="checkbox"/> 歯根部 <input type="checkbox"/> 義歯部	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
(女性の方へ) 妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
その他金属類 (避妊用リング・DIBキャップなど) ありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
狭いところは苦手ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
おおよその体重をお教えてください () kg)		

《検査に際して》

・安全のために検査衣に着替えていただきます。

(金属のない肌着は大丈夫ですが、保温性肌着 [ヒートテックなど] は脱いでください。)

・その他注意事項は「MRI検査を受けられる方へ」をお読みください。

私は注意事項を理解し、問診内容に相違ないことを確認の上、検査実施に同意いたします。

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご本人の署名

代筆者:

確認医師署名

検査担当者:

金属探知機による全身チェック (上記不明の場合)