

診療情報提供書（MRI 検査依頼書）



かしまだ頭痛 脳神経クリニック

診療時間

※ 休診日 金曜日午後 ※ 第3,5土曜日、日曜日、祝日

診療受付時間	月	火	水	木	金	土	日・祝
8:30~12:30 (最終受付12:00)	●	●	●	●	●	※	×
14:30~18:00 (最終受付17:30)	●	●	●	●	×	※	×

紹介元医療機関

医師名

TEL/FAX

お電話ください

044-742-8282

患者氏名	フリガナ	男・女	生年月日	年	月	日
------	------	-----	------	---	---	---

検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部MRI <input type="checkbox"/> 頭部MRA <input type="checkbox"/> 頸動脈MRI・MRA <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 右肩関節 <input type="checkbox"/> 左肩関節 <input type="checkbox"/> 右肘関節 <input type="checkbox"/> 左肘関節 <input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節 <input type="checkbox"/> 右股関節 <input type="checkbox"/> 左股関節 <input type="checkbox"/> 右膝関節 <input type="checkbox"/> 左膝関節 <input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節 <input type="checkbox"/> 四肢・その他 () <input type="checkbox"/> 骨盤腔 (子宮・卵巣・膀胱) <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	--

臨床情報・検査目的 必要な撮像条件など	
------------------------	--

画像読影依頼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
--------	---

画像のCD-R化 を希望	<input type="checkbox"/> なし (クラウド上で閲覧できます) <input type="checkbox"/> あり
-----------------	--

チェック項目	ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 検査できません 人工内耳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → 検査できません 体内金属 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 妊娠 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 刺青・アートメイク <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歯科矯正 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (MRIが可能か治療先に要確認) 手術既往 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (手術名:)
--------	--

そのままご本人にお渡しください

MRI検査についての説明書

➤ 検査に関する注意事項

- 1) 腹部の検査の場合、検査前3時間は原則的に食事を摂らないでください。
- 2) 強い磁石を使用しているため、以下の物は、検査室に持ち込めません。
 - ・時計、携帯電話、補聴器、カード類（駐車券、銀行カード、クレジットカード、電子マネーなど）
 - ・ヘアピン、アクセサリ（ネックレス、ピアス、指輪など）
 - ・その他の金属を含むもの（はずせる入れ歯、エレキバン、カイロ、めがね、かつら金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど）
 - ・シップなどの貼り薬、シールなど
 - ・カラーコンタクトレンズ
 - ・義肢（義足、義手）、コルセット、義眼など
- 3) 化粧品の種類により金属物質が含まれていることがあり、発熱しやけどを引き起こすことがありますので、お化粧品はなるべく避けてください。特に、マスカラ、アイシャドーなど。増毛スプレーもお控えください。また刺青(いれずみ)のある方は検査できない場合があります。
- 4) 妊娠初期もしくは妊娠の可能性のある方
MRI検査を受けないことが望しいので、医師または検査技師にご相談ください。
- 5) 検査中はブザーをお渡しします。熱いと感じた時、気分が悪くなったときなどは、必ずお知らせください。

➤ MRI検査を安全に行うため、以下の質問にお答えください。

- | | | | | |
|----------------------------|---|-----|----|---|
| 1) MRI検査を受けたことがありますか | (| いいえ | はい |) |
| 2) 心臓ペースメーカー、除細動器を使用していますか | (| いいえ | はい |) |
| 3) いままで手術を受けたことがありますか | (| いいえ | はい |) |
| 4) 体の中に金属が入っていますか | (| いいえ | はい |) |
| 5) 閉所恐怖症はありますか | (| いいえ | はい |) |
| 6) 妊娠の可能性はありますか | (| いいえ | はい |) |

MRI検査の同意

MRI検査を受けるにあたり上記内容を理解し、安全性について理解しましたので、

検査を受けることに同意いたします。

本人様ご署名

____年 ____月 ____日