



依頼票 兼 診療情報提供書

<阪南市民病院 放射線室>

至急の場合、
シを入れて下さい。

医療機関名:

依頼医師:

先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)	男 女 才	生年月日	大正・昭和 平成・令和	年	月	日
--------------------	-------------	------	----------------	---	---	---

希望日をご記入下さい。

第1希望 : 年 月 日() 午前・午後

第2希望 : 年 月 日() 午前・午後

第3希望 : 年 月 日() 午前・午後

希望なし : (直近をご案内します)



別紙にてMRI問診票の依頼医師の署名と、問診結果の記載もお願いします

検査方法:いずれかに○をつけて下さい

単純	造影	おまかせ ※当院で単純、造影検査の判断をいたします
	※造影・おまかせ検査は、事前に造影剤同意書・採血データ(腎機能)が必要です。 糖尿病薬の服薬 無・有()	

ご依頼理由(病歴・主な病状など)
(恐れ入りますが、できるだけ詳細にご記載ください)

頭部 : 脳・全脳ルーチン+MRA・全脳ルーチン+頭頸部MRA
 : 小脳・下垂体・内耳・その他()

頸部 : 頸部・頸部MRA・その他()

脊椎 : 頸椎・胸椎・腰椎

胸部 : 乳房・縦隔・その他()

上腹部 : 肝・胆・膵・腎・MRCP・その他()

下腹部 : 膀胱・子宮・卵巣・前立腺・その他()

関節 : ()

四肢 : ()

その他 : ()

注意事項 MRI検査を受けられる方へ (検査当日までにお読みください)

- ・健康保険証は必ずご持参の上、予定時間の10分前にご来院ください。
- ・検査時間は、約30分～60分程度かかります。検査前に排尿、排便をすませてください。
- ・化粧品(マスカラ・アイシャドウ・口紅等)は、金属を含むものがあり眼や皮膚に刺激を受けることがあります。検査当日は、なるべく化粧はしないでください。
- ・コンタクトレンズを使用している場合、ケースを持参し、検査前に外してください。
- ・刺青をされている方は、皮膚に刺激を受けることがあり、検査ができない場合があります。
- ・検査の際は、所定の検査衣に着替えていただきます。
- ・検査が始まると大きな音がしますが、ラジオ波を出す際の音ですのでご安心ください。

次に該当する方は、必ず主治医および検査担当者に 申し出てください。

- ・心臓ペースメーカーや刺激電極などを身につけている方
- ・体内に脳動脈クリップや人工関節などの金属が埋め込まれている方
- ・以前に外科手術を受けたことのある方
- ・義眼の方
- ・中国針をしている方
- ・閉所恐怖症など、狭いところが苦手な方
- ・妊娠、または妊娠されている可能性のある方



検査前に必ず取り外しておいてください。

- ・金属類(時計・眼鏡・ライター・ヘアピン・アクセサリ・鍵・かつら等)
- ・磁気カード(キャッシュカード・テレビカード・定期券等)
- ・その他(入れ歯・補聴器・カイロ・エレキバン・コルセット・携帯電話等)

※検査時間に遅れる・変更・中止の場合は必ずご連絡ください。

社会医療法人生員会 阪南市民病院

電話 072-471-3321