



医療機関名： ●●クリニック

依頼医師： ●● ●●

先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)

ハンナン タロウ

様

男

女

39才

生年月日

大正・昭和
平成・令和

55 年 12 月 1 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、問診結果の記載をお願いします

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)

10日前より腰痛あり
腰部脊柱管狭窄症うたがい

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：()

MRI検査の場合
本紙のほか、問診票
が必要となります。

MRI検査問診票

患者ID		生年月日	s55 年 12 月 1 日
カナ 患者氏名	ハンナン タロウ		性別 男
予約日時	55 年 12 月 1 日 ●● 時 ●● 分		
依頼科		病棟	
依頼医師名			

1. 禁忌項目(下記の項目に1つでも該当する場合は、検査出来ません。)

- | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| a)心臓ペースメーカ・人工内耳・神経刺激装置などの体内電子機器 | ☒ 無 | ☐ 有 |
| b)スワンガンツカテーテル、テンポラリIVCフィルター | ☒ 無 | ☐ 有 |
| c)脳動脈瘤クリップ(平成元年以前のもの) | ☒ 無 | ☐ 有 |
| d)大動脈ステント・気道ステント・挿入後2ヶ月以内のステント | ☒ 無 | ☐ 有 |
| e)人工心臓弁(昭和50年以前のもの) | ☒ 無 | ☐ 有 |
| f)眼球内金属粉混入(農業・事故等) | ☒ 無 | ☐ 有 |

2. 準禁忌項目(条件付きで検査可能です。)

- | | | | |
|------------------|---------------------------------------|----------------------------|------------------|
| a)脳室腹腔シャント | ☒ 無 | ☐ 有 | (24時間以内に再設定必要) |
| b)TTS製剤・コンタクトレンズ | ☒ 無 | ☐ 有 | (除去できれば可能) |
| c)アートメイク、眉毛の入れ墨 | ☒ 無 | ☐ 有 | (違和感があれば検査中止) |
| d)躯幹部・四肢の入れ墨 | ☒ 無 | ☐ 有 | (違和感があれば検査中止) |
| e)磁石埋め込み型の義歯・義眼 | ☒ 無 | ☐ 有 | (不明時、歯科医・眼科医に確認) |
| e)その他体内装着物、体内金属 | ☒ 無 | ☐ 有 | (違和感があれば検査中止) |
| f)閉所恐怖症 | ☒ 無 | ☐ 有 | (程度によっては可能) |

3. 女性の場合のみ

- ☒ 妊娠の可能性はない
- ☐ 妊娠の可能性ありもしくは妊娠中
- (原則として検査はできませんが診断の必要上、可能)

上記の事項を確認して検査を申し込みます

●● 年 ●● 月 ●● 日

依頼医師署名

●● ●●

社会医療法人 生長会

阪南市民病院 放射線科 MRI室

〒599-0202 大阪府阪南市下出17

電話 072-471-3321