



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、
レを入れて下さい。

☐

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）

生年月日

男
女
才
様

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）

MRI

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検査問診票

患者ID		生年 月日	年 月 日
カナ 患者氏名			性別
予約日時	年 月 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)スワングアンツカテーテル、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

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分から60分程度かかりますので、検査前には排尿、排便をすませておいてください。
- ・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装用されている方は、ケースを持参していただき、検査前に外しておいてください。
- ・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から、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

次の物は、故障したり、検査に影響したりすることがあります。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・アクセサリー・鍵・かつら等）
- ・磁気カード（キャッシュカード・テレホンカード・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）

※検査時間に遅れる場合や変更・中止される場合は必ずご連絡ください。



社会医療法人 生展会

阪南市民病院 放射線室

電話 072-471-3321