



# 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)

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)

# 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・同意書 ＞

(院外予約用)

患者ID 方ナ	予約日時	
患者氏名	依頼医師名	

MRI検査を安全にお受けいただく為に、以下の質問に正確にお答えください。  
すべての項目の「有」「無」に○を付けてください。

1. 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)	有	無
2. 人工内耳	有	無
3. 脳室圧可変式バルブシャント	有	無
4. 妊婦、妊娠の可能性がある	有	無
5. 美容整形で埋めこまれた金糸	有	無
6. 埋込型心電図	有	無
7. 皮膚拡張器(ティッシュ・エキスパンダー)	有	無

※ 上記に当てはまる方は、当院では検査を受けることが出来ません。

8. 手術を受けたことがありますか	有	無	手術内容 ( ) 時期 ( ) 病院名 ( )
9. 脳動脈瘤クリップ	有	無	
10. 人工心臓弁	有	無	
11. シャントチューブ	有	無	
12. 心臓や血管内の金属物(ステント、コイル、人工血管、フィルターなど)	有	無	体内金属のMRI対応可否 <b>可・不可</b> (依頼医師記入)
13. 胆管、食道、気管などの金属ステント	有	無	
14. 人工関節・骨折治療用金属など	有	無	
15. 内視鏡止血用クリップ	有	無	

※ 体内に「医療器具」や「金属」がある場合は、担当医に必ずお伝えください。  
材質により検査を受けることが出来ない場合があります。

16. 刺青(アートメイク、タトゥーなど)	有	無
17. 閉所恐怖症	有	無
18. ケガなどによる金属片	有	無
19. 入れ歯(磁石式)	有	無

※ 検査を受けることが出来ない場合があるため、担当医に必ずお伝えください。

20. 入れ歯(部分入れ歯、総入れ歯)	有	無
21. 補聴器	有	無
22. 義眼、カラーコンタクトレンズ	有	無
23. 貼り薬(ニコチンパッチ、ニトロパッチ、エレキバンなど)	有	無
24. 増毛パウダー(ミリオンヘアー、アートミクロンなど)	有	無
25. グルコース測定器(リブレ)	有	無

※ 破損、やけどの恐れがあるため、検査時に取り外します。

MRI検査の目的・必要性・副作用について担当医師より十分な説明を受け理解できましたので、  
検査の実施に同意致します。

記入日      年      月      日 患者さまご署名(代理人)

上記の事項を確認しました。

依頼医師署名

ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

社会医療法人 生長会 阪南市民病院 放射線室 電話 072-471-3321(代表)

2020.9

## 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着されている方は、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・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。