

診療情報提供書(MRI 依頼用)

ID: _____ (本院記入)

紹介先医療機関名: 多摩脳神経外科 行

TEL: 044-931-0020

FAX: 044-931-0021

紹介元医療機関名称:

所在地:

TEL/ FAX: - - / - -

医師名:

予約希望日 1: 平成 年 月 日 AM・PM

予約希望日 2: 平成 年 月 日 AM・PM

予約希望 無し

FAX受領後折り返し電話連絡させていただきます。

保険者番号								
被保険者の記号・番号								.
保険者との続柄(本人・家族)								
公費負担者番号								
公費負担医療の受給者番号								
ふりがな	性別		生年月日			年齢		
患者様氏名	男 ・ 女		M ・ T ・ S ・ H			歳		
			年 月 日			歳		
診断名								
所見等	<input type="checkbox"/> 脳梗塞疑い <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腰痛 <input type="checkbox"/> 脳出血疑い <input type="checkbox"/> 腫瘍疑い <input type="checkbox"/> 膝痛 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤疑い <input type="checkbox"/> ヘルニア疑い <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> すべり症 <input type="checkbox"/> 他()							
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 肩関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 股関節 (R・L・両側) <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 膝関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 足関節 (R・L) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 前立腺							
身長 cm 体重 kg								
<input checked="" type="checkbox"/> 単純 当院では造影検査は行っており ません。	<input type="checkbox"/> 当クリニックの 部位ルーチンでの撮像							
読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要: 郵送またはFAX (- -) <input type="checkbox"/> 不要							
撮画像CD-R	画像データは1枚必ず送付させていただきます。 コピー必要であればお申し付けください。(有償)							

(MRI 予約票)

患者様氏名 _____ 様
あなたの検査日は _____ 月 _____ 日 _____ AM / PM _____ 時 _____ 分です。
あなたの検査部位は _____ です。

※検査開始時間の 15 分前までに受付窓口へお越しください。
※予約のキャンセルは (044-931-0020 : 多摩脳神経外科) にご連絡ください。

以下は患者様がご記入して検査当日、受付窓口へお渡しください。

ふりがな _____			
氏名 _____	生年月日(大/昭/平) _____	年 _____	月 _____ 日 _____
住所 _____			
電話番号 _____	身長 _____	cm	体重 _____ kg

※検査当日ご用意いただくもの ①健康保険証 ②診療情報提供書 ③検査料

※アクセスマップ



住 所 : 神奈川県川崎市多摩区登戸1654
TEL : 044-931-0020 FAX : 044-931-0021

MR I 検査についての説明及び同意書(1/2)

検査について

- 検査はトンネル状の大きな磁石の中で 15分から40 分程度安静にしたまま横になって行います。(検査内容により撮影時間は変わります。関節の撮影は1時間前後かかります。)放射線を使用しないため、被爆の心配は無く、痛みもありません。
- 検査が始まると「トントン・ダッダッ」と音が発生しますが、心配ございません。
- 検査内容により開始時間が多少遅れる場合がありますので、ご了承ください。
- 検査時間が長いので事前にトイレ等お済ませください。

検査当日のお食事

- 頭部・頸部・頸椎・腰椎・関節などの検査の方は、お食事の制限はありません。飲水も普段どおりで構いません。
- 肝臓の検査の場合は、3時間前から飲食は控えてください。お茶やお水はお飲みいただいてかまいません。
- 骨盤の検査の方は検査の性格上、検査前に水分をお取り頂くことがあります。

検査室入室時の注意事項

- 身体に装着している金属類は検査室に入室する前に外しておいてください。
- 検査当日はマスカラやアイラインなど化粧はしないでください。カラーコンタクトレンズは外しておいてください。
- 検査時は更衣室にて検査着に着替えて頂く場合がございます。更衣室は施錠できますので荷物、金属類を更衣室に保管してください。
- お呼びするまで更衣室にて待機しててください。

検査料について

- MR I 撮影の途中で患者様ご自身による行為で撮影が中断した場合でも検査費用が発生いたします。どうぞご了承ください。

MR I 検査についての説明及び同意書(2/2)

MR I 注意事項

■検査を受けることができない方

装置により患者さんは大変強い磁場の中に身を置くことになります。このため、装着金属によっては検査が禁忌となってしまう事があります

- ①心臓ペースメーカーを埋め込まれている方
- ②金属製の心臓人工弁をご使用されている方
- ③人工内耳（移植蝸牛刺激装置）、人工耳小骨をご使用されている方
- ④神経刺激装置（深部脳刺激装置、TENS装置）をご使用されている方
- ⑤除細動装置
- ⑥骨成長刺激装置
- ⑦注入ポンプ等
- ⑧磁力により装着する義眼や磁力部分が着脱不能な義歯
- ⑨冠状動脈等に磁性体のステント挿入後2ヶ月未満の方

■検査を受けることができない事があるため、担当医にお申し出下さい

- ①脳動脈瘤手術による金属クリップやコイル等金属の材質をご確認下さい。材質のわからない場合は検査を受けることができません。
- ②その他の金属が体内にある方
眼などの外傷に鉄粉（弾丸や鉄片等）が残存する場合、その他の部位で材質が確認できない場合は検査を受けることができません。
- ③閉所恐怖症の方： 担当医にお申し出下さい。
- ④入れ墨のある方
入れ墨は、火傷や絵が崩れる可能性があります。担当医にお申し出下さい。

■妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方

胎児に対するMR I 検査の安全性は確立されていません。原則、妊娠中の方は検査をお受けになることができません。

私は上記の内容を理解し、MRI 検査実施に同意します。

年 月 日

検査を受けるご本人の氏名

(代筆者)

※検査当日には「MR I 予約票」、「MR I 検査についての説明及び同意書(1/2)」、「MR I 検査についての説明及び同意書(2/2)」を必ず持参してください。