

MRI(単純)検査予約依頼票

石岡第一病院 医事課あて

FAX 送信・病院提出用

チェックシートとともに FAX をお願いします。

(FAX 送信後、電話連絡をお願いします)

年 月 日

医療機関名

電話

FAX

御担当医

フリガナ

患者氏名 _____ 男 ・ 女

生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日

住所 〒 _____

電話番号 _____

保険者番号 _____

記号 _____

番号 _____ 本人・家族

公費負担番号 _____

受給者番号 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg

第一希望検査日時 年 月 日 午後

第二希望検査日時 年 月 日 午後

第三希望検査日時 年 月 日 午後

原則として 15:00 または 15:30 となります。

当院の都合により他の日時での予約とさせていただきます場合があります。

検査目的及び臨床所見を詳細にご記入下さい。[楷書ではっきりと記入ください]

感染症 HBs ・ Ag (+ -) HCV (+ -)

ご依頼検査 項目の□にチェック及び記入をお願いします。

☐ 頭頸部 【 頭部 ・ 頭部 MRA ・ 聴器 ・ 眼窩 ・ 副鼻腔 ・ 頸部 ・ 頸部 MRA 】

☐ 脊椎 【 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 】

☐ 関節、骨軟部 【 肩関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ その他 () 】

☐ 腹部 () ☐ MRCP ☐ 骨盤腔 ()

☐ その他の部位 ()

読影(撮影後 1 週間程度で FAX させていただきます) ☐ 読影不要 ☐ 読影希望

公益社団法人地域医療振興協会 石岡第一病院

受付時間 平日 9:00~16:30 土曜日 9:00~11:30

電話 0299-22-5151 FAX0299-23-8334

MRI 検査前チェックシート

検査日 年 月 日

撮影部位 (単純 ・ 造影) (右 ・ 左)

【 頭部 ・ 頸部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 手関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節
・ 腹部 (MRCP 肝臓 膵臓 胆嚢) ・ 骨盤腔 (子宮 卵巣 前立腺 膀胱) ・ その他 () 】

安全な検査を行うために以下の内容を確認します。患者記入欄にチェックを入れ、署名をお願いいたします

	確認項目	※患者記入欄※	検査担当者記入欄
禁忌 (検査不可)	・ 心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 人口心臓弁 (1970年以前のもの) ・ スワンガンツカテーテル	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 人口内耳、人工中耳 (蝸牛インプラントまたはその他の耳インプラント)	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ チタン製以外の脳動脈瘤クリップや頭蓋骨固定具 手術時期 (年 月)	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 可変式脳室シャント (脳神経外科用材料) ・ 深部脳刺激装置 ・ 骨成長刺激装置	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 体内植え込み式インスリンポンプ ・ 持続グルコース測定器等	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 磁石で付着する義眼 ・ 磁石式人工肛門	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 術後3ヶ月経過していない冠動脈、大動脈ステント 手術時期 (年 月)	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 乳房再建ティッシュエキスパンダー ・ 美容整形術による金属糸等	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 妊娠中またはその可能性	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ ネイルアート ※金属の有無に関わらず	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 白髪染めスプレー ・ 増毛パウダー ・ ヘアマスカラ ・ ヘアカラースプレー	あり□・なし□	あり□・なし□
素材の 確認 (検査注意)	・ 消化管の止血クリップ 治療時期 (年 月)	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 気管や食道、胆管などのステント 手術時期 (年 月)	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 整形外科のプレート・ボルト・人工関節 手術時期 (年 月)	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 体内に金属片や異物が取り込まれている可能性	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 避妊具 (ミレーナ・ノバT・FD-1等)	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ その他の手術をうけた事がある 部位 () 時期 (年 月)	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 歯列矯正装置 ・ 歯科用磁性アタッチメント義歯	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 貼付剤 (ニトロダーム、ニコチンパッチなど) ・ 湿布	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ カラーコンタクトレンズ ・ サークルレンズ ・ マグネット式つけまつげ	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 刺青 ・ 化粧 (アートメイク) ・ 置き針	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 尿路用力カテーテル (DIBキャップ) ※検査当日に交換します	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 閉所恐怖症	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 保温、保湿性機能のある機能性下着	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ 腕時計やアクセサリ類・スマートフォン・補聴器・カード類	あり□・なし□	あり□・なし□

● MRCP検査を受ける方は確認してください ●

検査前に「ボースデル内溶液10」という経口造影剤を使用します。以下の項目にお答えください。

※①②にありのチェックがある方は主治医にご相談ください。

あり なし

①. 以前この薬を使用したことがあり、かゆみ、発疹などのアレルギー症状を発症した

□

□

②. 消化管穿孔、またはその疑いがある

□

□

③. 現在、経口抗生物質、経口抗菌薬を服用している

□

□

患者氏名 (自署)

問診確認者

保護者または代理人氏名

(続柄)

検査前確認者

石岡第一病院