

MRI(単純)検査予約依頼票

石岡第一病院 医事課あて
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)

FAX 送信・病院提出用

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く場合があります。

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項目にチェックし、署名をお願いします。

確認項目		あり	なし
禁忌	1 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器・深部脳刺激装置・骨成長刺激装置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 人口内耳 (蝸牛インプラントまたはその他の耳インプラント)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 人口心臓弁 (1970 年以前のもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 スワングantzカテーテル	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 可変式脳室シャント (脳神経外科用材料)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 可動性義眼 (磁石で眼窩内に固定されているもの)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7 インシュリン注入ポンプ本体	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8 手術による金属縫合糸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9 尿路用カテーテル (DIB キャップ) ※検査当日に交換します	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
素材の確認	10 脳神経外科手術・心臓血管外科手術によるクリップ・コイル等の体内金属	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11 冠動脈ステント (術後 3 ヶ月を経過している) 挿入時期 年	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12 消化管吻合クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13 整形外科的金属 (人工骨頭・人工関節・プレート・ネール・スクリュー・ピン・ネジ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14 子宮内避妊具 (I U D)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15 体内金属異物・体内挿入異物 (ステープル・プロテーゼ) など	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16 入れ歯・歯列矯正ブリッジ・歯科用磁性アタッチメント・インプラント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17 ニトロダーム・ニコチンパッチ・ニュープロパッチ・ノルスバンテープなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18 刺青・化粧・アートメイク (マスカラ アイライン アイブロウ など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19 カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20 保温・保湿性機能のある機能性下着	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	21 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22 発汗障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査当日確認欄	1 保温・保湿性のある機能性下着・金属の付いた下着・コルセット	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2 ニトロダーム等 (貼り面銀色のもの) ・湿布・カイロ・エレキバン等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3 入れ歯・補聴器・眼鏡・時計・ネックレス・ピアス等貴金属	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4 鍵・診察券・磁気・IC チップカード等・	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5 化粧 (マスカラ・アイライン・アイブロウ) カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6 尿路用カテーテル (DIB キャップ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

●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。

※以下の項目にチェックし、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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 消化管穿孔、またはその疑いがある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 現在、経口抗生物質、経口抗菌薬を服用している	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MRI 検査についての説明を受け、上記項目にチェックしました。

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