

# MRI検査依頼書

年 月 日

ふりがな 患者氏名	(男・女) 様	依頼 医療機関名
生年月日	明・大・昭 平・( )・西暦 年 月 日	住所
検査希望日	<input type="checkbox"/> 直近の検査可能日の対応 <input type="checkbox"/> 第一希望 月 日(時 分) <input type="checkbox"/> 第二希望 月 日(時 分)	電話番号 FAX番号 医師氏名
当院の受診歴 (有・無・不明)	* 有の場合 年 月(頃)	<b>絶対禁忌</b> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 心臓人工弁がある <input type="checkbox"/> 無 人工内耳 <input type="checkbox"/> 無
MRI検査歴 (有・無・不明)	* 有の場合 年 月 日(頃)	
検査方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影	<b>チェックリスト</b> 過去にMRI検査を受けたことがある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 水頭症でシャントが導入されている <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 体内にクリップ スtentがある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 留置バルーン、カテーテル等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 インスリンポンプがある。 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 整形外科的金属材料の挿入がある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ( ) 妊娠中又は妊娠の可能性がある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 刺青がある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 閉所恐怖症である <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
検査部位	( ) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 肩関節 ( ) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他	
傷病名:		
臨床診断: 主症状、主検査所見		<b>以下 造影検査の場合のみ記入</b> 直近のクレアチニン ( )mg/dl クレアチニン1.5mg/dl以上は造影検査は不可 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 過去に造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 薬・食物などにアレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 ↓ 上記設問に「有」の場合、副作用発現リスクが高いことを理解したうえで診断に必要な検査であるため依頼する 依頼医師署名 ( )

※16時以降、土曜日、日曜日、年末年始、祝日のFAX受付分は、翌日速やかにお返事いたします

## 検査申込手順

1. この依頼書をFAXで送信して下さい(電話でも結構です)
2. 当院で検査日を調整し、検査日の連絡をいたします(予約票をFAXいたします)
3. 患者様が来院されます時は「MRI検査依頼書」「予約票」「健康保険証」を初診受付へご持参下さい

## 国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室

受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)  
住所 〒257-8585 神奈川県秦野市落合666-1  
電話番号 0463-81-1784 FAX番号 0463-81-1785

## MRI(磁気共鳴画像診断)検査を受けられる方へ

- ・ 検査当日は予約時間の20分前までに、初診受付におこしください
- ・ 検査予約時間に遅れますと、検査できない場合もあります
- ・ 最初に、「MRI検査依頼書」「予約票」「健康保険証」を初診受付にお渡しください
- ・ 検査時間は検査の内容により異なりますが、20分～1時間ほどかかります
- ・ 腹部の検査の方は、検査当日(朝食、昼食)をとらないでください
- ・ 検査中にトントンとものを打つような音がしますが、信号の切り替えの時に出る音ですからご安心ください
- ・ 都合で検査を受けられなくなった場合、地域医療連携室まで早めにご連絡下さい

◎ 心臓ペースメーカー装着、人工内耳、磁性体の脳動脈クリップ使用の方は検査できません

◎ MRI室に持込できないもの

MRI室では強い磁石をつかっており、次のようなものを室内に持ち込みますと、故障したり、検査に悪影響を及ぼしますのでMRI室には持ち込みできません。なお、こちらが用意した検査衣に着替えていただきます

＜金属製のもの＞

眼鏡、腕時計、ブレスレット、ネックレス、イヤリング、指輪、鍵、財布、コイン、ヘアピン、安全ピン、補聴器、着脱可能な義歯、ネクタイピン、ベルト、チャック、ホック、ボールペン、ハンドバック、磁石入り絆創膏(例:エレキバン)、金属のついた下着、携帯電話、その他金属製品

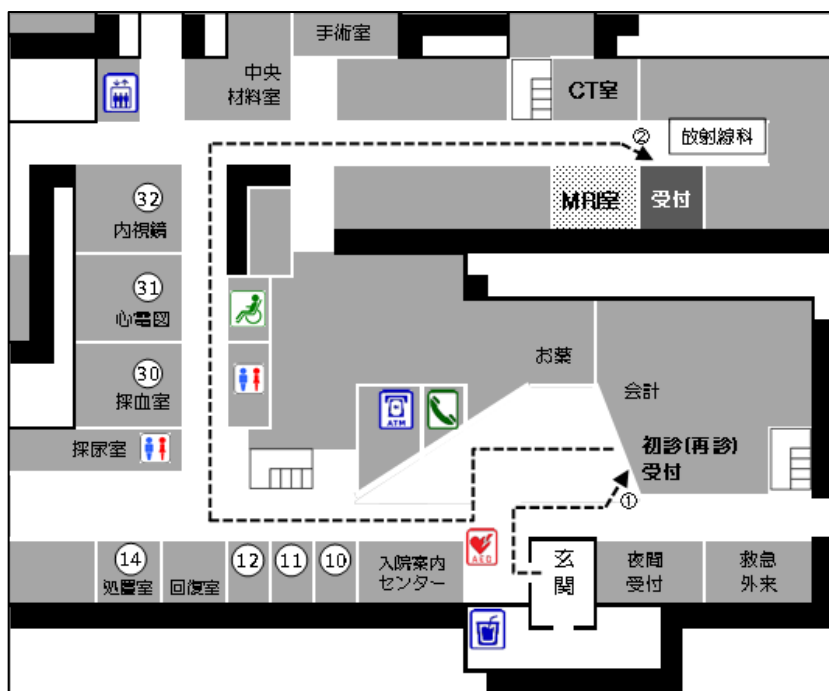
＜磁気を帯びたもの＞

キャッシュカード、テレホンカード、クレジットカード、定期券、その他磁気を帯びたカード類

◎ 画像に影響するおそれがある場合がありますので当日はお化粧をしないでください

◎ 検査を安全に受けていただくために、下記の項目の確認をお願いします

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症ではないですか        | <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカーを使用していませんか |
| <input type="checkbox"/> 体内金属を埋め込む手術をしていませんか | <input type="checkbox"/> 現在、妊娠の可能性はないですか     |
| <input type="checkbox"/> 現在、気管支喘息で治療していませんか  | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズはしていませんか    |



お問い合わせ先	国立病院機構神奈川病院 放射線科 電話番号 0463-81-1771(内線3116)
予約変更の連絡先	国立病院機構神奈川病院 地域医療連携室 電話番号 0463-81-1784