

MRI 検査依頼書 (診療情報提供書)

ご依頼元控

検査日時	年	月	日	曜日午前・午後	時	分
患者さまお名前					様	歳 男・女
連絡先	()		—			
医療機関名					診療科	
担当医	先生				TEL ()	—

検査部位	右・左	撮影方法	撮影方向
<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 横断 (Axial)
<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 冠状断 (Coronal)
<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 矢状断 (Sagittal)
<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> ルーチン
<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 手関節	提供ご希望の画像情報メディア	
<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 足関節		
<input type="checkbox"/> 胸 椎	その他		
<input type="checkbox"/> 腰 椎	()	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> 不要
臨床診断、検査目的、症状、詳細指示			

○重要項目チェックリスト (必ず依頼医が記入してください)

- ペースメーカー (MRI 対応も含む)、埋め込み型除細動器 (- ・ +)
- 神経刺激装置、脊柱管内リード線など体内電子装置 (- ・ +)
- 磁性体の脳動脈クリップ、磁性体のステント (MRI 検査可能か不明の場合も含む) (- ・ +)
- 可変式バルブシャント (脳室シャントなど) (- ・ +) 静止困難 (約 30 分) (- ・ +)
- 妊娠 (5 カ月以内) 又はその可能性がある (- ・ +) 人工内耳 (- ・ +)
- その他、体内に医療用金属機器や人工物 (- ・ +)

※1 つでも + にチェックがあると検査をお受けできません。

また刺青、アートメイク (- ・ +) プラスの方は、要相談。(火傷をする可能性があります。)

○造影検査チェックリスト (造影検査を予定されている場合のみ記入してください)

- 喘息のある方 (治療していても既往のある方) (- ・ +)
- 以前に造影剤を使用して副作用のあった方 (- ・ +)
- ヘモクロマトーシスなどの鉄過敏症、鉄アレルギーのある方 (- ・ +)
- eGER 値が 30mL/min/1.73 m² 以下 (- ・ +)

※1 つでも + にチェックがあると検査をお受けできない場合があります。

MRI 検査依頼書 (診療情報提供書)

愛寿会同仁病院

検査日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分		
患者さまお名前							様	歳	男・女
連絡先	() —								
医療機関名	診療科								
担当医	先生 TEL () —								

控

検査部位	右・左	撮影方法	撮影方向
<input type="checkbox"/> 頭 部	<input type="checkbox"/> 肩関節	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> 横断 (Axial)
<input type="checkbox"/> 頸 部	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 冠状断 (Coronal)
<input type="checkbox"/> 胸 部	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 矢状断 (Sagittal)
<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> ルーチン
<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 手関節	提供ご希望の画像情報メディア	
<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 足関節		
<input type="checkbox"/> 胸 椎	その他		
<input type="checkbox"/> 腰 椎	()	<input type="checkbox"/> CD	<input type="checkbox"/> 不要
臨床診断、検査目的、症状、詳細指示			

○重要項目チェックリスト (必ず依頼医が記入してください)

- ペースメーカー (MRI 対応も含む)、埋め込み型除細動器 (－ ・ ＋)
- 神経刺激装置、脊柱管内リード線など体内電子装置 (－ ・ ＋)
- 磁性体の脳動脈クリップ、磁性体のステント (MRI 検査可能か不明の場合も含む) (－ ・ ＋)
- 可変式バルブシャント (脳室シャントなど) (－ ・ ＋) 静止困難 (約 30 分) (－ ・ ＋)
- 妊娠 (5 カ月以内) 又はその可能性がある (－ ・ ＋) 人工内耳 (－ ・ ＋)
- その他、体内に医療用金属機器や人工物 (－ ・ ＋)

※1 つでも＋にチェックがあると検査をお受けできません。

また刺青、アートメイク (－ ・ ＋) プラスの方は、要相談。(火傷をする可能性があります。)

○造影検査チェックリスト (造影検査を予定されている場合のみ記入してください)

- 喘息のある方 (治療していても既往のある方) (－ ・ ＋)
- 以前に造影剤を使用して副作用のあった方 (－ ・ ＋)
- ヘモクロマトーシスなどの鉄過敏症、鉄アレルギーのある方 (－ ・ ＋)
- eGER 値が 30mL/min/1.73 m²以下 (－ ・ ＋)

※1 つでも＋にチェックがあると検査をお受けできない場合があります。

MRI 検査依頼書 (患者さま用)

検査日時	年	月	日	曜日	午前・午後	時	分		
患者さまお名前							様	歳	男・女
連絡先	()						—		
医療機関名							診療科		
担当医	先生						TEL ()	—	

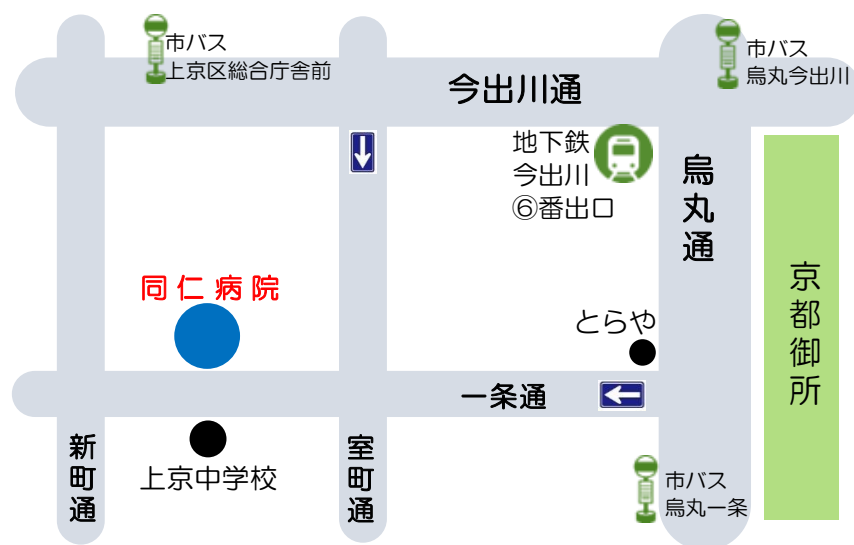
*検査当日は健康保険証と検査依頼書をご持参の上、検査時間の15分前にお越しください。

【注意事項】

1. 腹部MRI検査または、造影MRI検査を受けられる方は、検査4時間前から絶食。
水・お茶は飲水可能。造影検査を受けられる方は別紙の同意書を記入して頂きます。
2. 所持品等はすべて更衣室のロッカーに入れて、検査着に着替えていただきます。
メガネ、時計、補聴器、入れ歯、ネックレス、アクセサリ、携帯電話、キャッシュカード等の磁気カード、ヘアピン、かつら、鍵、小銭、針、湿布、カイロ貼りパッチ等、金属のついている下着（ブラジャー等）、ヒートテック等の衣類
カラーコンタクトレンズ・黒目コンタクトレンズ、コルセット等、その他、
取り外し可能な金属は全て外して下さい。

【重要事項】：●次1～6に該当する方は、MRI検査を受けられません。

1. ペースメーカー（MRI対応も含む）、埋め込み型除細動器がある方
 2. 人工内耳、神経刺激装置、脊椎管内リード線など体内電子装置がある方
 3. 可変式バルブシャント（脳室シャント、V-Pシャントなど）
 4. 磁性体の脳動脈クリップ、ステントがある方（MRI検査可能か不明の場合も含む）
 5. その他、体内に医療用金属機器や人工物
 6. 妊娠中（5ヶ月以内）の方、（妊娠の可能性のある方は、医師と相談）
- ◎ 刺青（タトゥー）、アートメイクのある方は医師と相談（火傷をする可能性あり）



交通

- ・烏丸線今出川駅6番出口南へ徒歩5分
(※エレベータご利用の方は3番出口烏丸通へ徒歩5分)
- ・市バス上京区総合庁舎前停南へ5分
- ・市バス一条戻橋・晴明神社前停東へ5分
- ・市バス烏丸一条停西へ5分

提携駐車場の情報はこちら

