

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808

MRI検査予約票/検査時注意書

予約日時	年 月 日 ()	時 分
------	-----------	-----

※上記の時刻は撮影開始時刻ではなく、受付開始時刻です。記載時刻の10分程度前を目安にご来院ください。

フリガナ	ID	
氏名	性別	生年月日 年 月 日
患者様連絡先 携帯電話	TEL	
紹介医療機関名	電話番号	FAX
診療科・担当医	科	先生

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 骨盤
	<input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> R / <input type="checkbox"/> L)	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 乳房	<input type="checkbox"/> 他 ()			
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 造影	<input type="checkbox"/> 他 ()		

【検査当日に必要なもの】

- 紹介元診察券 (ある場合のみ)
- マイナ保険証 (または健康保険証)
- 検査予約票
- 撮影フィルムまたはCD-R (ご依頼医療機関からお渡しのあった場合のみ)
- 自己負担金：検査内容や保険の種類により変わりますが、3割負担で単純検査の場合は1万円、3割負担で造影検査の場合は約1万5千円です。(各種クレジットカード利用可能)
・保険適用外 (自費) でご受診される場合、ご不明な点があれば当院へお問い合わせください。

【ご来院までの絶食について】

検査種類	食事	水分 (水・お茶)	造影方法	授乳中の注意点
造影検査	4時間前から絶食	制限なし	静脈注射	検査24時間後より再開
MRCP	7時間前から絶食	控え目に	水薬服用	検査48時間後より再開
上腹部検査 (造影なし)	4時間前から絶食	制限なし	なし	制限なし
上記以外	制限なし	制限なし	なし	制限なし

【検査前の注意点】

- ・以下の事項に該当する場合、検査ができません。
事前に必ずご確認ください、必要であれば検査依頼医または当院にお申し出ください。
- 心臓ペースメーカー、ICD、ICM、ILR ●2000年以前に手術したチタン製以外の脳動脈クリップ
- 人工内耳、人工中耳 ●眼に金属片が入っている (金属を扱われる職業の方に、稀にみられます)
- 体内埋込式インスリンポンプ ●脊髄刺激装置 ●脊椎管内リード線 ●ティッシュエキスパンダー
- 8週間以内の体内金属留置手術後 ●妊娠初期 (3ヶ月内) または妊娠の可能性あり
- 増毛・白髪隠しスプレー/パウダー ●華美な化粧 (ラメ入り化粧品、つけまつ毛やマスカラなど)

【更衣について】

- ・着脱可能な金属類は必ず外していただき、検査着にお着替えいただきます。
- ・カラーコンタクトレンズは検査前に取り外す必要があります。必ずケースと保存液をご持参ください。

【検査内容について】

- MRIとは、強い磁石と電磁波を利用して体内の状態を画像化する検査です。*放射線による被ばくはありません。
- 検査中の痛みはありませんが、大きな機械音が発生し、比較的狭い空間での撮影となります。そのため、閉所恐怖症、小児の場合は検査の継続が困難な場合があります。

【検査の流れ】

- 受付から終了までの所要時間は約1~2時間です。（撮影部位、方法により異なります）



- 検査時間は、検査室に入ってから約20~40分です。（造影検査は15分程追加されます）

【ご了承くださいたいこと】

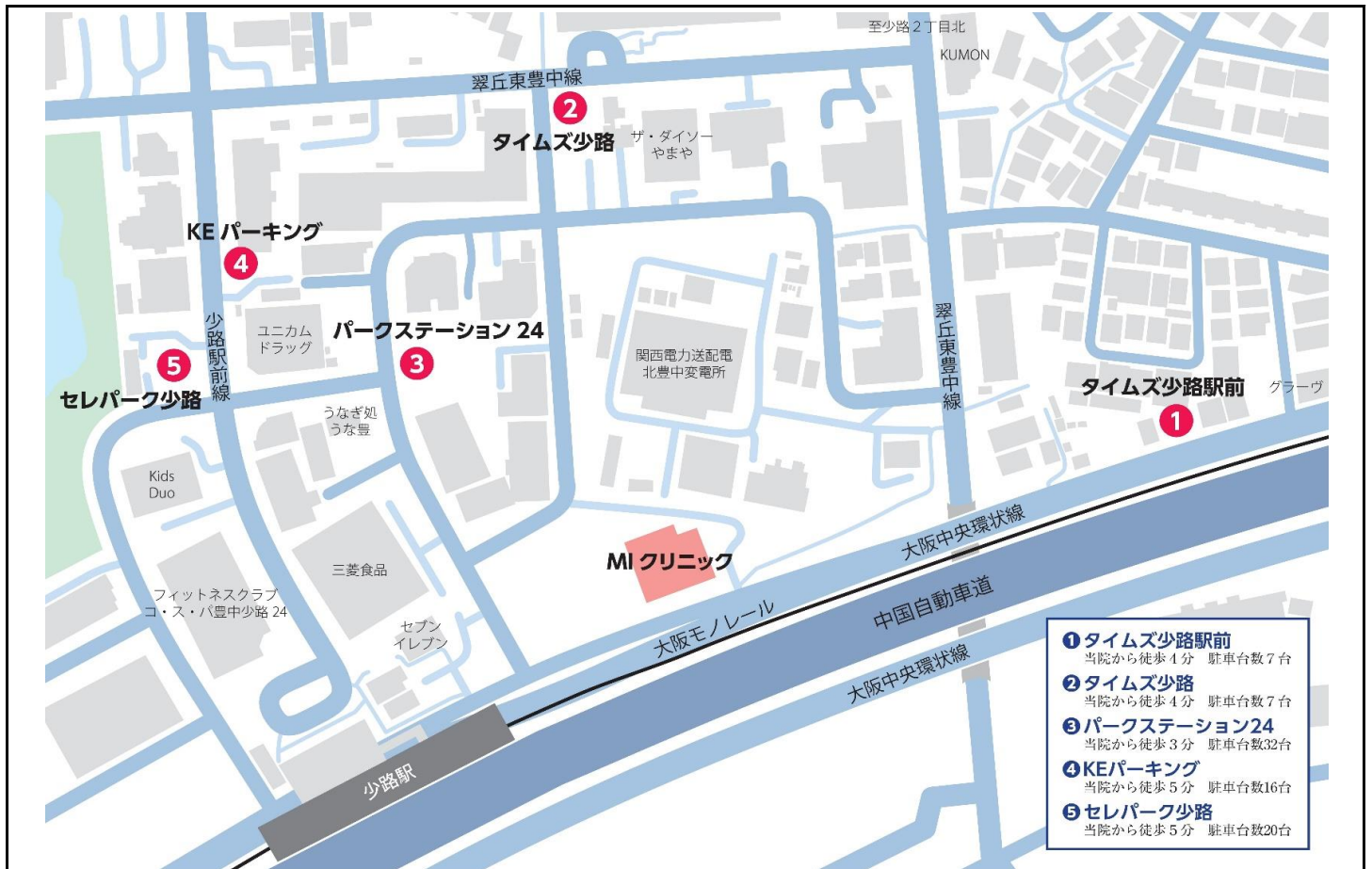
- 完全予約制です。時間に遅れないよう受付へお越しください。
- 検査終了時間は予定ですので、多少前後する場合があります。時間に余裕をもって受診ください。
- 検査中は、安静にしてくださいなどの受診者様のご協力が必須です。
- 閉所恐怖症等、検査時のご不安がある場合は事前に主治医へご相談ください。
- 検査の結果は、ご依頼された医療機関にお渡しします。（当院での結果説明は行っていません）
- 撮影は、依頼医からの指示に基づいています。撮影部位の追加は出来ません。
- 造影検査時、18歳未満の方は保護者同伴です。
- ご事情により検査日時の変更が必要になった場合、ただちに当院へご連絡をお願いします。
*ご理解とご協力のほど、宜しく願い申し上げます。

【MIクリニックまでの交通について】

駐車場はございませんので、公共交通機関をご利用ください。

*2023年6月1日より隣接駐車場を閉鎖し、乗降専用場所といたします。

- 電車でお越しの方
大阪モノレール少路駅下車 千里中央方面に徒歩2分
- 車でお越しの方
中央環状線（大阪府道2号線）東行（千里中央・守口方面）車線に面していますが、本線からの左折入場は出来ませんので少路駅に通じる側道からご進入ください。
*当院隣接のスペースは乗降専用場所となっていますので、
駐車場は近隣のコインパーキング（有料）をご利用ください。



医療法人 仁泉会 MI（エムアイ）クリニック

〒560-0004 大阪府豊中市少路 1-12-13

TEL 06-6840-0100 フリーダイヤル 0120-505-576

お電話によるご質問・お問い合わせ時間 9:00~17:00（月~土、ただし祝祭日および年末年始を除く）

FAX番号 0120-73-0808 または 06-6840-0808

MRI検査依頼書/診療情報提供書

Web予約仮受付番号	—
------------	---

予約日時	年 月 日 ()	時	分
------	-----------	---	---

※上記の時刻は撮影開始時刻ではなく、受付開始時刻です。記載時刻の10分程度前を目安にご来院ください。

フリガナ	ID	
氏名	性別	生年月日 年 月 日
患者様連絡先	携帯電話	TEL
紹介医療機関名	電話番号	FAX
診療科・担当医	科	先生

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> R / <input type="checkbox"/> L) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 他 ()							
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> 他 ()							

体内金属留置手術歴	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無		
造影検査必須事項	血清Cr値 (施行予定日から3ヶ月内) mg/dl (採血日 月 日)		
*Cr値により算出するeGFR値が30未満(腎機能高度低下)の場合、造影検査はできません。お電話でご確認いただけます。			
造影検査除外事項	<input type="checkbox"/> 造影剤による副作用歴 <input type="checkbox"/> 1年以内の喘息発作・治療(服薬) <input type="checkbox"/> 1年以内のてんかん・けいれん発作 <input type="checkbox"/> 下記項目に該当する場合は、造影検査はできません。ご確認ください → <input type="checkbox"/> 該当なし		

診断名			
検査目的・現病歴・検査結果など	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 150px;"> <p style="font-size: small;">生活保護、労災、交通事故に該当の場合はチェックをお願いします。</p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 労 <input type="checkbox"/> 交 </p> </div>		

所属	<input type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 入院中 :	身長・体重	cm	kg
受診者情報	<input type="radio"/> 独歩 <input type="radio"/> 車椅子 <input type="radio"/> ストレッチャー	酸素	<input type="checkbox"/> 要 ℓ	
その他特記事項 (手術歴など)				

※認知症・閉所恐怖症、お子様は中止になる可能性をご了承の程お願い致します。

検査結果 配達希望日	月 日 時までに	<input type="checkbox"/> 所見出来次第FAX希望
---------------	----------	--------------------------------------

※依頼用紙をご記入後、施行日の前日15時までに上記FAX番号へご送信下さい