

## 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は、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
- 6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。

裏面に続く



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)
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	

\*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。  
 ・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 →  該当なし

診断名		
検査目的・現病歴・検査結果など	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。 <input type="checkbox"/> 生 <input type="checkbox"/> 労 <input type="checkbox"/> 交	

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
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	<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