

# MRI検査紹介患者受診依頼票(診療情報提供書)

栗原市立若柳病院

令和 年 月 日

TEL 0228-32-2335

FAX 0228-32-5550

(連携室)

医療機関名

医師氏名

電話番号

フリガナ	生年月日 T・S・H	年	月	日
患者氏名	男・女	電話番号	( )	
患者住所				
検査希望日	①令和 年 月 日( )	②令和 年 月 日( )		
検査部位 (複数選択可)	頭部・頸椎・胸椎・腰椎・肩関節・肘関節・手関節・股関節・膝関節・足関節(みぎ・左) その他( )			
問診票	禁忌:当院では、植え込み機器のある方はMRI検査ができません。 <input type="checkbox"/> 植え込み機器なし 植え込み機器(ペースメーカー、植え込み型除細動器、人工内耳、神経刺激装置、骨成長刺激装置、インシュリンポンプ等) 植え込み金属 無・有( <input type="checkbox"/> 検査可 有の場合、主治医の判断が必要です。 ) (義眼、ステント、脳動脈クリップ、心臓機械弁、血管グラフト、静脈フィルタ、人工関節、刺青等) 上記以外の体内金属 無・有( ) 手術歴 無・有(手術名 時期 ) その他金属等 無・有( ) (例:義肢・義足、義歯、カラーコンタクトレンズ、アイメイク、マスカラ、補聴器、貼り薬) 妊娠 無・有 閉所恐怖症(狭い所が苦手) 無・有 金属の加工、剪断のような作業歴 無・有(作業内容 時期 ) MRI検査の経験 無・有(検査部位 時期 )			
傷病名:				
主訴、臨床経過、検査目的、コメント等				
スキャンの要望(基本的には当院のルーチン検査をします。)				
備考	1. 予約の変更・取り消しは、_____を通してお願いします。 2. 当日の検査状況により、検査開始時間が遅れることがあります。 3. 検査当日の患者様の体調等により、検査を中止する場合があります。			

# 紹介MRI検査予約票

氏名 様 検査日時 令和 年 月 日 ( ) 時  
(※予約時間の30分前までに、受付窓口までお越しください。)

検査部位 頭部・頸椎・胸椎・腰椎・肩関節・肘関節  
・手関節・股関節・膝関節・足関節(みぎ・左)

※注意 心臓ペースメーカー・埋込型除細動器を移植なさっている方、人工内耳埋込術を受けられた方は、検査を受ける事ができません。  
心臓弁置換術を受けられた方、体内金属のある方は、検査を受けられない場合があります。

## 《検査当日に持参いただくもの》

- ① MRI検査紹介患者受診依頼票(診療情報提供書)
- ② マイナンバーカードもしくは保険証

## 《MRI検査について》

- ・ 大きな磁石の中に入つて断層写真をとる検査ですので、多少圧迫感を感じるかもしれません。
- ・ ドラムを打つような大きな音がします。これは信号を出すときの音ですので、心配はありません。
- ・ 検査は、30分～45分程度かかります。この間は、身体を動かさないでいただきます。

## 《検査時の注意》

- 脊椎、関節、骨軟部の検査を受ける方は、飲食の制限はありません。
- 骨盤部の検査の方は、1時間前から排尿しないでください。
- 事故防止のため、金属・磁気カード類は全て外し検査室の中には持ち込まないで下さい。

金 属 類: エレキバン・磁気バンド・着脱式入歯・ホッカイロ・時計・ヘアピン・

ネックレス・指輪・眼鏡・車、家などの鍵・補聴器など

磁気カード類: キャッシュカード・クレジットカードなど

金具つき下着類: ファスナー・ホック・カギホック・スナップなど

- 体内に金属・その他の異物が入っている方は、申し出てください。**

- 検査衣に着替えていただく場合があります。
- 頭頸部の検査を受ける方は、化粧をしないで下さい。
- 湿布は、剥がして下さい。
- 刺青をなさっている方は、申し出てください。
- 妊娠の可能性がある方、妊婦および授乳中の方は、申し出てください。

※ ご都合により日時の変更や取り消しをされる方は、早めに依頼元の までご連絡ください。

※ 当日の検査進捗状況により、検査時間が多少変更になる場合があります。ご了承ください。

- ・ 不明な点がありましたら、お尋ね下さい。

医療機関名:

TEL:

栗原市立若柳病院

TEL: 0228-32-2335