

書類一式

- ① ご紹介単純 MRI 検査の書類と手順について
- ② 高梁中央病院 CT・MRI 検査・患者情報提供書 (FAX 用)
患者様情報・紹介元施設情報等ご記入後、FAX をお願い致します。
- ③ MRI 検査依頼書
患者情報・検査内容等ご記入お願い致します。
- ④ MRI 検査問診票
問診票を紹介元施設でご記入ください。その際体内埋め込み金具等ありましたら MRI 禁忌かどうかご判断ください。MRI 禁忌に関してご不明な体内金属等ございましたら必ず手術施行施設にてご確認ください。
- ⑤ MRI 検査予約表
MRI 検査前注意事項等の説明用 (患者様用) にお使いください。

ご持参いただくもの

紹介状

保険証

③MRI 検査依頼書

④MRI 検査問診票

手順

放射線科へ電話にて予約取得 TEL (0866) 22 - 3636 放射線科内線 1530
↓
高梁中央病院受付へ②を FAX FAX (0866) 22 - 0536
↓
検査当日
必要書類 (紹介状、保険証、③、④など) 持参の上、来院受付
↓
診察、検査
↓
画像データ (CD-R) お渡し、会計
↓
後日所見郵送

※頭部 CT・MRI 検査は、所見の関係で画像検査のみの受付はしておりません。当院脳神経外科に直接ご紹介ください。何かご質問等ございましたらご連絡ください。
お手数かと思いますが、何卒よろしくお願い申し上げます。

高梁中央病院 CT・MRI 検査・患者情報提供書(FAX用)

患者様情報記入欄

フリガナ 氏名	

生年月日	性別
T・S・H・R 年 月 日	男・女

電話番号(自宅)	
TEL _____	

紹介元医療機関名

ご担当医師名

検査日時
年 月 日 ()
AM・PM 時 分 から
検査区分
CT MRI

医療法人 清梁会 高梁中央病院
〒716-0033 岡山県高梁市南町53番地
TEL(0866) 22 - 3636
FAX(0866) 22 - 0536

よろしければ保険情報の提供もお願い致します
※個人情報の取り扱いにはご注意ください

MRI 検査依頼書

氏名： _____ (M・F)

生年月日： T・S・H・R 年 月 日

検査日時

令和 年 月 日 午前・午後 時 分

検査部位

- 顔面部 (眼窩・副鼻腔)
- 頸部 (軟部組織・MRA)
- 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎)
- 胸部 ()
- 腹部 (肝・胆・膵・脾・腎)
- 骨盤腔 ()
- 四肢 ()
- その他 ()

※別紙 MRI 問診票を記載し、全身の金属 (磁性体) 等の確認を厳重にお願い致します。

問診の結果 MRI 検査実施

可

単純・造影

目的 (なるべく詳しくお願いいたします)

※検査終了後 CD-R をお渡しします。

フィルム

(フィルムが必要な場合チェックを入れて下さい)

紹介元医療機関名 _____ 医師氏名 _____ 先生

所在地 _____ 電話番号 _____

MRI 検査問診票

(ボールペンでご記入下さい)

年 月 日 曜日 氏名

検査を安全に行うために必要ですので、ご記入の上ご持参ください。

① 下記の体内金属はありますか？【該当する方は検査できません】 (はい・いいえ)

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳・中耳、神経刺激電極

② ①以外の体内金属はありますか？ (はい・いいえ)

脳動脈クリップ、人工心臓弁、人工関節、プレート、シャフト、ステント、義眼、金属片など

はいの場合種類()

③ 歯科矯正具、インプラント、入歯をしていますか？ (はい・いいえ)

磁石埋込式をされている方は磁力低下の恐れがあります。ご了承の上署名ください。

④ 刺青・アートメイクをしていますか？ (はい・いいえ)

材質によってはやけどや変色することが稀にございます。ご了承の上署名ください。

⑤ 閉所恐怖症ですか？ (はい・いいえ)

⑥ 女性の方は以下の項目にお答えください。

・妊娠していますか。 (はい・いいえ)

・妊娠している場合は何ヶ月ですか。 _____ヶ月

・IUD(子宮内避妊器具)を使用していますか。 (はい・いいえ)

⑦ 現在の身長と体重を記入してください。(身長 _____ cm / 体重 _____ kg)

⑧ 身に付けているもので外せる金属がありますか？ (はい・いいえ)

金属物(時計、携帯電話、補聴器、ヘアピン、鍵等)、貼り薬(エレキバン、カイロ、ニトログーム等)、磁気カード(クレジットカード等)は検査室内には持って入れません。ロッカーにお入れ下さい。

※MRI室は強い磁場環境の為、磁性体を持ち込んだ場合、検査機器の吸着や磁気製品の故障が起こります。誤って持ち込まれ使用不可となりましても、当院といたしましては責任は負いかねますのでご了承ください。

MRI 検査予約表

様

あなたの検査日は _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分です。

頭部・頸部・胸部・腹部・脊椎(頸椎・胸椎・腰椎)・その他(_____) の 単純・造影

検査です。予約時間の **30 分前** には受付をすませてください。

【検査前の注意事項】

1. 次の方は検査前に必ずお申し出ください。

- ① 心臓ペースメーカーを使用している方
- ② 今までに手術を受け、体内に金属片(人工骨頭・人工関節・人工弁・手術クリップなど…)がある方
- ③ 妊娠している可能性のある方
- ④ 義眼、義歯、義手、義足の方
- ⑤ 今までに心臓発作、不整脈、けいれん発作などのあった方
- ⑥ 刺青(いれずみ)、タトゥーをしている方
- ⑦ かつらを装着されている方
- ⑧ 閉所恐怖症(狭いところが苦手)の方

2. 次のようなものは MRI 室に持ち込まないでください。

- ① 腕時計、筆記用具、携帯電話、磁気カード(キャッシュカード・クレジットカード・テレホンカード・SD カードなど)、USB メモリー。
- ② ヘアピン、アクセサリ(イヤリング・ネックレス・指輪・ブレスレット・ネクタイピン・カフスボタン・バッジなど)。
- ③ その他の金属物(鍵・めがね・エレキバン・補聴器・財布・金属を使用している下着・使い捨てカイロなど)。

3. 磁性体を含む可能性のある口紅やアイシャドーやマスカラなどの化粧品は避けてください。

※ 検査の関係で、多少の時間がずれることがありますのでご了承下さい。

また、検査日にご都合が悪くなりましたら、早めにご連絡下さい。

※ 絶食を指示された方は、○ 印のついている項目をよくお読みください。

- ① 検査 2 時間前(_____ 時以降)は絶食してください。
検査前の食事(朝食・昼食)は軽めにしてください。
- ② 検査 2 時間前(_____ 時以降)は絶飲・絶食してください(MRCP の方のみ)。

医療法人 清梁会 高梁中央病院 放射線科

TEL: (0866) 22-3636 内線: 1530

(月曜～土曜 午前8時～午後5時)