

### MRI 検査依頼・診療情報提供書

患者情報	フリガナ				保険情報	被保険者証		
	氏名					保険者番号		
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月		日	記号・番号	
医療機関情報	医療機関名					資格取得日		
	診療科					世帯主		
	医師名					保険者名		
	TEL( )	-	FAX( )	-		老人(高齢)受給者番証		
予約日	第1希望	月	日	検査結果の配送		公費負担番号		
	8:30	14:00	16:00			受給者番号		
	第2希望	月	日			有効期間		
8:30	14:00	16:00	画像のみ 当日持ち帰り	負担割合				
第3希望	月	日	画像・レポート 当日持ち帰り	公費負担医療受給				
8:30	14:00	16:00		公費負担番号				
				受給者番号				
				有効期間				

検査部位	希望される部位(1か所)に○印をして下さい			単純・造影の種類	単純	金属チェック問診票が必要です		
	脳ルーチン+MRA	下垂体	副鼻腔		眼窩	造影	クレアチニン	mg/dl
	頸部MRA	咽頭・喉頭	甲状腺				クレアチニン後日報告	
	頸椎	胸椎	腰仙椎				eGFR<30は原則造影不可です 造影同意書、造影問診票、 金属チェック問診票が必要です	
	肩関節(右・左)	肘関節(右・左)				ブスコパンの使用 (腹部検査の場合)	可・不可	
	手関節(右・左)	手部(右・左)				授乳	なし・授乳中	
	股関節(両側)	膝関節(右・左)						
	足関節(右・左)	足部(右・左)						
	肝臓	MRCP(胆嚢・膵臓)	腎臓		副腎			
	子宮・卵巣	前立腺						
(その他)								

病名(必ずご記載ください)

検査目的・指示・主症状・臨床経過・検査部位などをご記載ください。

## MRI 検査 問診票

氏名： \_\_\_\_\_ 様

検査予定日： 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

MRI 検査では強い磁場の中に入ってください。金属でできた物や電子機器などを検査室内に持ち込まれると、ケガや故障の原因になることがあります。また、検査結果や機器に影響を与える可能性があります。場合によっては検査ができないこともありますので、検査を安全に行う為、以下の問診にご協力ください。

- 1 脳動脈瘤などで、頭の手術を受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
- 2 その他に今まで手術を受けたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
“はい”と答えた方はどんな手術ですか？ ( )
- 3 心臓ペースメーカーがありますか？ ( はい ・ いいえ )
- 4 人工内耳など、体の中に電子機器がありますか？ ( はい ・ いいえ )
- 5 銃弾破片や鉄片などで怪我をしたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
- 6 補聴器をしていますか？ ( はい ・ いいえ )
- 7 入れ歯をしていますか？ ( はい ・ いいえ )
- 8 貼り薬をしていますか？ ( はい ・ いいえ )
- 9 狭い場所は苦手ですか？(閉所恐怖症) ( はい ・ いいえ )
- 10 妊娠している可能性がありますか？(女性のみ) ( はい ・ いいえ )
- 11 その他、体内に金属や異物などがあれば○で囲んでください。  
血管内ステント(金網)/心臓人工弁/人工骨頭・関節/金属プレート/手術クリップ・ワイヤー  
インプラント/義手・義足/磁石を利用した義歯や義眼/カラーコンタクトレンズ/針治療の針  
避妊リング/入墨(タトゥー)/かつら/その他( )

**※次のような物は検査室内に持ち込みできません。入室前に外していただきますようお願い致します。**

時計、キャッシュカード等の磁気カード、携帯電話、PHS、補聴器、ヘアピン、かつら、入れ歯、アクセサリ、眼鏡、筆記用具、エレキバン、金属のついた下着、使い捨てカイロ、ライター、硬貨、鍵、安全ピン、名札など

**※アイシャドー、マスカラ、アイライン、カラーコンタクトレンズ、入墨(タトゥー)などは成分により発熱する可能性があります。**

化粧は検査前に落としていただくことがあります。カラーコンタクトレンズは検査前に外していただきます。入墨(タトゥー)のある方はご相談ください。