

MRI 検査予約票

氏名 _____ 様

検査予約日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 曜日） 午前：午後 _____ 時 _____ 分

※予約時間 30 分前に来院し、受付に診察券・保険証を提示して下さい。

野上病院以外の病院からの方は、検査予約票と診療情報提供書を提示して下さい。

※検査結果の説明は 当日検査終了後に行います。

後日、診察時に行います。（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

※造影剤使用の検査・MRCP検査の場合は食事をとらずに来院してください。

午前の検査の場合 朝食は摂取しないでください。

午後の検査の場合 朝食を済ませてからは食べないでください。

注意事項 MRI検査を受けられる方へ（必ずお読み下さい）

- ① 検査時間は、検査部位により15分から40分程度かかります。
- ② 緊急検査などで予定時間より遅れる場合がございます。ご了承ください。
- ③ 所定の検査衣に着替えていただく必要があります。
- ④ 検査時間に遅れる場合は必ずご連絡ください。
- ⑤ 検査当日はお化粧をひかえめにお願いします。
マスカラ・アイシャドウ・口紅は色素に金属が含まれるものがあり熱感を感じる場合があります。
- ⑥ カラーコンタクトはお控えください。（色素に金属が含まれているため）
- ⑦ **次に該当する方は必ず主治医および検査担当者にお申し出ください。**
 - ・ 妊娠中または妊娠されている可能性のある方
 - ・ 頭部・心臓・血管の手術を受けたことのある方
（クリップ・ステント・コイル・人工弁・シャントなどは検査可能か確認が必要です。）
 - ・ 心臓ペースメーカーを使用している方（MRI 対応型でも当院では不可）
 - ・ 人工内耳・神経刺激装置などの体内電子装置を使用している方
 - ・ 閉所恐怖症または、狭いところが苦手な方
 - ・ 刺青・アートメイクをされている方
 - ・ 体内に金属が入っている方（金属避妊用具・ボルト・プレート・義眼・中国針等）
- ⑧ **次のものは、外していただきます。**
(MRI 室に持ち込むと故障したり検査に影響を及ぼすことがあります)
金属類（眼鏡・ライター・ヘアピン・アクセサリ・鍵・かつら・入れ歯
カイロ・エレキバン・コルセット・義手 義肢 等）
磁気カード（キャッシュカード・定期券・ICカード 等）
精密機械（携帯電話・補聴器・時計 等）
- ⑨ 予約日変更を希望される方は、下記までご連絡ください。

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎ (072) 484-0007 (代) 内線 (1193)

MRI検査問診票

ID _____ 患者氏名 _____

下の質問について、欄にチェックを記入してお答えください。

【禁忌事項】 ※MRI検査を受ける事が出来ません。

- ① 心臓ペースメーカーが入っていますか。(MRI対応型でも不可) はい いいえ
- ② 人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置が入っていますか。 はい いいえ
- ③ 平成12年(2000年)以前に施術された脳動脈瘤クリップがありますか。 はい いいえ
- ④ 3ヵ月以内に施行されたクリップやステント術、心血管留置カテーテル
がありますか。 はい いいえ
- ⑤ 水頭症シャント術(V-Pシャント、L-Pシャント)が入っていますか。 はい いいえ
- ⑥ ※女性の方へ 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか。 はい いいえ

【要確認事項】 ※MRI検査に注意が必要です。

- ⑦ 手術で、体内に金属が入っていますか。
 はい (いつ頃: _____ 部位: _____) いいえ
- ⑧ 刺青・タトゥー・アートメイクがありますか。
 はい (部位: _____) ※やけど・変色の恐れがあります。 いいえ
- ⑨ カラーコンタクトを使用していますか。
 はい ※当日は使用を避けて下さい。 いいえ
- ⑩ 補聴器を使用していますか。 はい いいえ
- ⑪ 歯列矯正器具・義歯固定用マグネットを使用していますか。 はい いいえ
- ⑫ けがや仕事等により金属片や金属粉が体内に入っていますか。 はい いいえ
- ⑬ 閉所恐怖症ですか。 はい いいえ

MRI検査同意書

医師署名 _____

私は、MRIに関する概要と禁止事項の理解が出来ましたので、MRI検査を受ける事に同意します。
(同意された場合でも、撤回する事が出来ます。)

承諾日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄 _____) 患者名 _____

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎(072)484-0007(代) 内線(1193)

依 頼 書

年 月 日

紹介先医療機関

医療法人 晴心会 野上病院
放射線部 担当医

電話：(072)484-0007 (内線1193)
FAX：(072)484-1949

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名：
所在地：
電 話：
F A X：
医師氏名：

フリガナ		患者搬送	独歩・車椅子・ストレッチャー	
患者氏名	様	男・女	生年月日 年 月 日 () 歳	
検査日時	： 年 月 日 () 午前・午後		時 分	
紹介目的 (傷病名・症状・治療経過および検査結果)				
※感染症	HCV抗体定性 (+ -) COVID-19 (+ -)	HBs 抗原 (+ -)	結核 (+ -) 感染症に関する検査の実施 (有 無)	
C T (単 純 ・ 単 純 + 造 影)		M R I (単 純 ・ 単 純 + 造 影 ・ MRCP)		
検査部位		検査部位		
頭部 副鼻腔 脳血管 (3D - C T A) 頸部 胸部 胸腹部 (胸～骨盤腔) 腹部 (肝・胆・膵・腎・骨盤腔) 肝 (3相) 頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙尾椎 四肢 () (R ・ L)		頭部 (MRI + MRA) 頭部 (MRIのみ) 頸部 (MRA) 頸部 (MRI) 眼窩部 副鼻腔 肩関節 (R ・ L) 頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙尾椎 骨盤 股関節 四肢 () (R ・ L) 腹部 (肝・胆・膵・腎) MRCP 骨盤腔 (婦人科・前立腺)		
備考 (撮影詳細・検査部位など)				