

MR用

柏戸病院      ご担当医      様

MR検査ご依頼に伴う診療情報提供書

依頼者 \_\_\_\_\_ (病院・医院・診療所) \_\_\_\_\_ 先生

TEL \_\_\_\_\_ (      )      FAX \_\_\_\_\_ (      ) \_\_\_\_\_

フリガナ

患者名 \_\_\_\_\_ 様      (男・女)

生年月日 (T・S・H・R) \_\_\_\_\_ 年      月      日生      歳

検査部位      (○を付けて下さい)

**【頭部】**

- ・ 脳ルーチン  
(AxT1・T2・FLAIR・DWI・MRA)
- ・ その他 (      )

**【腹部】**

- ・ 腹部ルーチン  
(AxT1・T2・DWI・FATSAT・CoT2)
- ・ MRCP
- ・ 骨盤腔 ( 男性      ・      女性      )

**【脊椎】**

- (SagT1・T2・AxT2)
- ・ 頸椎      ・ 胸椎
- ・ 腰椎      ・ 胸腰椎移行部

**【四肢関節・その他】**

- ・ 部位 (      )

主訴・検査目的

-----  
-----  
-----

緊急読影      ( 要      ・      不要      )

## MR I 検査予約票及び問診票・同意書（柏戸病院用）

予約日時 年 月 日 曜日 時 分 撮影部位（ ）

\* 予約時間の15分前に来院して下さい

\* 腹部検査の注意事項

\* (□朝食・□昼食) を食べずに来院して下さい。

\* □可能であれば検査の1時間前より排尿を我慢して下さい。

\* お水であれば2時間前までは飲んでいただいて結構です。

問診票	MR I 検査は強い磁場と電波を使用します。安全に検査を行うため質問にお答え下さい。 身長 c m 体重 k g
検査歴	過去にMR I 検査を受けた事がありますか？ □はい □いいえ いつ（ ） 部位（ ）
禁忌	該当するものがある場合は☑を付けて下さい。 □該当なし □心臓ペースメーカー □人工内耳 □可動型義眼 □シャントバルブ □体内神経刺激装置 □金属製心臓人工弁 □磁石式口腔内インプラント
体内金属	該当するものがある場合は☑を付けて下さい。 □該当なし □脳動脈瘤金属クリップ（コイル） □血管内デバイス（ステント等） □手術後のクリップ・ペッツ □人工関節 □骨折接合用金属 * 該当がある場合は検査の可否を担当医療機関にご確認下さい。
金属装具 その他	該当するものがある場合は☑を付けて下さい。 □該当なし □入れ歯 □補聴器 □カラーコンタクトレンズ □ウィッグ・かつら □刺青 □ニトログリセリン絆創膏 □コルセット □体内異物・金属片 □閉所恐怖症 □妊娠の可能性 □避妊リング

## MR I 検査 同意書

◇体内に電子機器を埋め込んでいる方は機器の破損の恐れがある為検査出来ません。

◇手術をされて体内に金属がある場合、磁力の影響により体に痛み・発熱などの影響が出る場合が有ります。手術を受けた医療機関で検査の可否をご確認下さい。

◇入れ歯・補聴器などの装具は画像への影響や機器の破損の可能性の為外して頂きます。

◇検査中に発熱や痛みなどの異常がおきた場合は、直ちに検査を中止いたします。

上記の説明を理解した上でMR検査を受ける事に

□ 同意します □ 同意しません

\* 同意書を頂いた後でも同意の撤回は可能です。 \* それによる不利益は生じません。

年 月 日

(患者本人) 氏名

(代理人署名) 氏名

(続柄)