

M R I 検査予約票

同意書

	依頼医師	検査日			
		平成	年	月	日 ()
		午前		時	分
		午後			
	撮影技師	MRI ()部	単 純		
			造 影		

MRI検査を受けられる方へ

この検査はすべて予約制になっており、検査予約日は上記のとおりです。
(当日ご来院できない場合は、お早めに当院放射線科までご連絡ください。)

検査について

検査は磁石(磁場)と電波を用いて体内の情報を得るもので、放射線による検査ではありません。
検査時間は、およそ30分ですが検査内容により多少長くなる事があります。
検査中にゴンゴンという音が聞こえますが、撮影時に発生する音ですので、ご心配なされないで下さい。
尚、心臓ペースメーカー使用の方、妊娠中の方、手術その他により体内に金属のある方、入れ墨をしている方、又は長時間横になっている事に耐えられないと思われる方は、主治医に申し出て下さい。

食事制限について次の指示を守って下さい。

<input type="checkbox"/> 食事制限なし		
<input type="checkbox"/> 食事制限あり	M R I 検査当日 月 日 ()	食は、とらないで下さい。 以後検査が終わるまで、なにも口にしないで下さい。

当日の注意事項

◎ご予約時間の15分前までには必ずおこし下さい。
(尚、多少予約時間より遅くなる場合もありますので、あらかじめご了承下さい。)

- ① 来院された際は、受診された診療科に診察券をお出し下さい。
- ② 次に、この予約票を放射線科の窓口へお出し下さい。

尚、次に該当するものを持っている方は付き添いの方に預けるか、MRI室内備えつけのロッカーにお入れ下さい。

磁気カード (クレジットカード、キャッシュカード、テレホンカード等)
イヤリング、ピアス、ネックレス、指輪等
ヘア-ピン、時計、眼鏡、財布、鍵、補聴器、入歯、携帯電話、ライター
磁気治療器、中国バリ、カイロ

※カラーコンタクト・つけまつげを使用の方は、検査前にお取り下さい。
※化粧 (アイシャドウ、マスカラ) をしている方は、落としていただくこともあります。
※ヒートテックなどの肌着はヤケドの可能性が有る為、他の肌着の着用をお願いします。
もし、ヒートテックを着用の場合は脱いでいただきます。
※検査時は検査着に着替えていただきます。

主治医の先生方へ、1枚目と2枚目の太線の枠内は必ず記入してください。

MRI 検査依頼書

同意書

		依頼医師	検査日			
			平成	年	月	日 ()
			午前 午後	時	分	
		撮影技師	撮影条件	<input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> Axial <input type="checkbox"/> ファスト <input type="checkbox"/> Sagittal <input type="checkbox"/> Coronal		
部 位	目的臓器	撮影者コメント:				
頭 部	脳・副鼻腔・下垂体	臨床診断;				
聴 器	内耳道・脳幹					
頸 部	甲状腺	臨床所見;				
胸 部	肺・縦隔・大血管					
腹 部	肝・胆・膵・脾・腎					
骨 盤	膀胱・子宮・卵巣・前立腺					
脊 椎	頸椎・胸椎・腰椎 ()					
関 節	()股・膝・足・肩・肘・手関節					
血 管	()					
そ の 他	()					
特殊MRI	MRA・MRCP					
単純・造影		Gd製剤 静注法	血 造 圧 影 前	/	造 影 後	/
		Gd製剤 Dynamic法 プリモビスト リゾビスト(SPIO製剤)				
患者チェックリスト;						
手術歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()			
体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位 ()	種類 ()		
心臓ペースメーカー (禁忌)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
心臓人工弁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
入れ墨	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	部位 ()			
歩行	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> ストレッチャー			
安静	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可				
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
腎排泄機能	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 異常				
喘息 (造影禁忌)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有				
感染症 MRSA	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 未検査			
疥癬	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 未検査			
その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()			
ブスコパン (腹部撮影時)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可				
その他	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	()			
使用薬剤					備考	
<input type="checkbox"/> プロハンス17ml	<input type="checkbox"/> ブスコパン1 A筋注					
<input type="checkbox"/> プリモビスト注シリンジ10ml	<input type="checkbox"/> 生食 20ml					
<input type="checkbox"/> リゾビスト注	<input type="checkbox"/> 生食 100ml					