

MRI 検査紹介状（診療情報提供書）

（おさか脳神経外科病院用）宛

フリガナ	TEL	検査予定日
氏名 殿	()	年 月 日 ()
生年 TH 年 月 日生 男・女 才 体重: ___ kg		午前・午後 時 分

令和 年 月 日

おさか脳神経外科病院

先生

紹介元医療機関名

住 所

医師名

TEL

印

臨床診断および主訴、病歴の要約（必ず記入して下さい。）

検査部位

- 頭 部 副鼻腔 眼 窩 口 腔 頸 部
脊 椎（頸椎、胸椎、腰椎）
胸 部（大血管など） 腹 部（肝・胆・膵・MRCP・腎・副腎） 乳 腺
骨盤部（子宮・卵巣・前立腺）
四 肢（右、左）（肩関節、肘関節、手関節、股関節、膝関節、足関節）
その他（)

検査目的（臨床所見、その他具体的な内容を、できるだけ詳しく記載して下さい。）

撮影指示（放射線科にて記載）

* 検査時に参考となる検査などがあればお願いします。

MRI 検査紹介状（診療情報提供書）

（貴院控用）

フリガナ	TEL	検査予定日
氏名 殿	()	年 月 日 ()
生年 TH 年 月 日生 男・女 才 体重: ___ kg		午前・午後 時 分
月日 SR		

令和 年 月 日

おさか脳神経外科病院

先生

紹介元医療機関名

住 所

医師名

TEL

印

臨床診断および主訴、病歴の要約（必ず記入して下さい。）

検査部位

- 頭 部 副鼻腔 眼 窩 口 腔 頸 部
脊 椎（頸椎、胸椎、腰椎）
胸 部（大血管など） 腹 部（肝・胆・膵・MRCP・腎・副腎） 乳 腺
骨盤部（子宮・卵巣・前立腺）
四 肢（右、左）（肩関節、肘関節、手関節、股関節、膝関節、足関節）
その他（)

検査目的（臨床所見、その他具体的な内容を、できるだけ詳しく記載して下さい。）

撮影指示（放射線科にて記載）

* 検査時に参考となる検査などがあればお願いします。

MRI 検査を受けられる方へ

フリガナ	TEL	検査予定日
氏名 殿 ()	()	年 月 日 ()
生年 TH 年 月 日生 男・女 才 体重: ___ kg		午前・午後 時 分
月日 SR		

この用紙とMRI問診票の2枚を必ずお読みください。

MRIとは、磁気共鳴画像法の意味で、強力な磁気を利用し体の断面図を撮影する方法です。MRIはCTと異なり放射線を用いていないので、当然、放射線被曝はありません。

MRI装置は大きな磁石のドームになっており、その中に入って検査をします。検査中は、ガンガンという大きな音と振動を感じます。

検査当日は検査の行いやすい服装で来院して下さい。MRI室内は、磁力により金属がMRI装置に急激に引き込まれ金属類が飛ぶ可能性があり、**大変危険**です。患者さん本人に当たって**怪我をしたり強い磁場の為に火傷を負ったり、機器を損傷する恐れ**がありますので、安全に検査を行う為に下記の物を絶対に検査室内に持ち込まないでください。

万が一、**下記の物を持ち込み、使用不能となりましても、一切の責任を負いかねます**。よろしく願い致します。持って来られた方は、MRI室隣の更衣場所にてお預かりしますが、**貴重品を出来るだけ持参しないで下さい**。

- 金属類…時計、メガネ、ベルト、財布、鍵、ネックレス、ヘアピン、安全ピン、ピアス、イヤリング、チャック、ブラジャーのホック、コイン等
- 磁気カード…駐車券、キャッシュカード、プリペイドカード、クレジットカード、通帳、フロッピーディスク等
- その他…義歯（入れ歯、差し歯等はずせるもの）、補聴器、カイロ（使い捨てカイロも含む）、万歩計等
コンタクトレンズ（コンタクトレンズは、検査前に取りはずしていただきますので、保存液などの準備をお願いします）
- 化粧品（マスカラ、アイシャドー等）、携帯電話等の電子機器

※ この他にお渡ししてありますMRI問診票に詳しく書いてありますので、必ず、お読みください。

体内に金属がある方については、**心臓ペースメーカー**を埋め込んでいる方は、ペースメーカーが**誤作動、停止する恐れ**がありますので、**入室禁止**です。脳動脈瘤のクリップの一部や各種ステントの一部、可動性義眼については、入室できない物があります。その他に、人工骨頭、金属プレートなどの金属が埋め込まれている方は部位によっては検査ができない場合があります。

検査時間は、30分位かかりますが内容によって変わります。

トイレは、検査前に必ず済ませておいて下さい。身体や頭を動かさないうでリラックスして下さい。

検査にあたり、腹部検査の方以外は全く食事や服薬の制限はありません。

なお、何か不明な点がございましたら、担当医または診療放射線技師にお申し出ください。

MRI問診票

フリガナ	TEL ()	検査予定日
氏名 殿	()	年 月 日 ()
生年 TH 年 月 日生 男・女 才 体重: ___ kg		午前・午後 時 分
月日 SR		

R. / /

検査当日の来院前に以下の質問に必ず答えて記入を済ませておいて下さい。

記入後この問診票の下部 _____ にご本人の氏名を記入して下さい。こちらが危険と判断した場合は検査が出来ない事があります。

MRI検査を受けられる方への用紙を熟読し、よく理解しました	はい・いいえ
手術を受けたことがある (どこの? いつ?)	はい・いいえ
体内に金属を埋め込んでいる (どこに? いつ?)	はい・いいえ
人工骨頭、クリップ、ステント、コイル、義眼(可動性のもの)等がある	はい・いいえ
心臓の手術をしたことがある (手術名?)	はい・いいえ
心臓ペースメーカーを装着している	はい・いいえ
義歯(入れ歯、差し歯 等はずせるもの)をしている	はい・いいえ
インプラント等(はずせない入れ歯)をしている	はい・いいえ
補聴器をしている	はい・いいえ
コンタクトレンズを使用している(コンタクトレンズに染料が含まれており、極めてまれですが目に傷がつく恐れがあります。説明、了解の場合は、以下もチェックを。)	はい・いいえ <input type="checkbox"/> 説明・了解済
財布・鍵を持参している	はい・いいえ
磁気記録媒体を持参している(駐車券、キャッシュカード、通帳、テレホンカード等)	はい・いいえ
ネックレス、ブレスレット、ペンダント、ピアス、イヤリング等の装飾品をしている	はい・いいえ
ヘアピン、かつら(金具で留めるタイプ等)をしている	はい・いいえ
カイロ(使い捨てカイロも含む)、エレキバン等をしている	はい・いいえ
コルセット(金属の入ったもの)をしている	はい・いいえ
衣服に金属ボタン等がある	はい・いいえ
ブラジャー(金属製のフック、ワイヤーのあるもの)を着用している	はい・いいえ
精密機器(腕時計等)を着用している	はい・いいえ
電子機器(携帯電話、ポケットベル、万歩計等)を持参している	はい・いいえ
鉄製小物(ライター、筆記用具、ハサミ、ナイフ等)を持参している	はい・いいえ
マスカラ・アイシャドー(特に外国製で青色の強いもの等)をしている	はい・いいえ
刺青・永久的なアイライン等がある(極めてまれですが、検査中に火傷の恐れがあります。説明、了解の場合は、以下もチェックを。)	はい・いいえ <input type="checkbox"/> 説明・了解済
閉所恐怖症(トンネル状の狭い所で検査を行うため)である(検査が途中で中止となる場合があります。説明、了解の場合は、以下もチェックを。)	はい・いいえ <input type="checkbox"/> 説明・了解済
妊娠の可能性(妊娠中の方は原則として検査は行いません)	はい・いいえ

MRI室内に以上の様な金属製装身具等を持ち込む事は危険を伴う場合がありますので、身体の安全の為に原則金属類は取りはずして頂いて入室して頂きます。

検査を受けられるご本人の署名: _____ (代筆者: _____)

問診確認者名: (職員) _____ 検査担当者名: _____

※地図



※当日持参して頂きたい物リスト

- 健康保険証
- 老人保健法医療受給者証（お持ちの方）
- 紹介状
（X線フィルムなど、検査に参考になるものがあれば、一緒にお持ち下さい。画像診断終了後返却いたします。）
- MRI問診票
（当日までによく読んで必要事項を記入してお持ち下さい。分からないことがありましたら、担当医または診療放射線技師にお申し出ください。）

※受付時間

月～金 8:30～11:30 13:30～17:00

土 8:30～11:30

（土曜午後、日、祝日は休診です）

※連絡先

おさか脳神経外科病院

TEL 087-886-3300 FAX 087-885-3038