

# MRI 検査依頼書・診療情報提供書

紹介先医療機関

社会医療法人 緑風会 緑風会病院 放射線科

大阪府大阪市平野区背戸口1-18-13 電話 06 (6705) 1021

紹介元医療機関名

診療科

医師名

電話番号

(       )

検査日時 (予約日時)

年    月    日 (       )                      時    分

氏名

生年月日

性別

身長

体重

明 大 昭 平                      年    月    日

男 ・ 女

cm

kg

検査部位

- |                                |                              |                                 |                                |         |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 頭部    | <input type="checkbox"/> 頸椎  | <input type="checkbox"/> 上腹部    | <input type="checkbox"/> 肩     | ( 右・左 ) |
| <input type="checkbox"/> VSRAD | <input type="checkbox"/> 胸椎  | <input type="checkbox"/> MRCP   | <input type="checkbox"/> 肘     | ( 右・左 ) |
| <input type="checkbox"/> 頸部MRA | <input type="checkbox"/> 腰椎  |                                 | <input type="checkbox"/> 手・手関節 | ( 右・左 ) |
| <input type="checkbox"/> 脳下垂体  | <input type="checkbox"/> 頸胸椎 | <input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺 | <input type="checkbox"/> 股関節   |         |
| <input type="checkbox"/> 頸部    | <input type="checkbox"/> 胸腰椎 | <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣  | <input type="checkbox"/> 膝     | ( 右・左 ) |
| <input type="checkbox"/> 頸部MRA | <input type="checkbox"/> 全脊椎 |                                 | <input type="checkbox"/> 足・足関節 | ( 右・左 ) |

その他

造影の要否

- 造影なし                       造影あり ※造影剤に関する問診をお願いします

病名・症状・検査目的 等

備考

# M R I 検査問診表 ・ M R I 検査同意書

## (1) MRI検査に関する問診

- 心臓ペースメーカー・埋込型除細動器・人工内耳の有無  無  有 ※検査は行いません  
 脳動脈瘤クリップの有無  無  有  
 ※脳動脈瘤クリップ「有」の場合は事前にご連絡ください  
 コイル・ステント・フィルター・人工弁・人工関節などインプラントの有無  無  有  
 ※インプラント「有」の場合は施設名、時期などをお書き下さい ( )  
 刺青の有無  無  有  
 妊娠およびその可能性の有無  無  有  
 閉所恐怖症の有無  無  有

## (2) 造影剤に関する問診 ( ※ 造影検査の場合のみ )

- MRI用造影剤の使用歴  無  有・副作用なし  有・副作用あり  
 喘息の治療中  いいえ  はい 透析中  いいえ  はい  
 クレアチニン ( ) mg/dl eGFR ( ) ml/min/1.73m<sup>2</sup>  
 ※ 「副作用歴あり」または、喘息の治療中、透析中の場合は造影剤は使用しません  
 ※ eGFRが30以下の場合には造影剤は使用しません

## (3) M R I 検査同意書

M R I 検査について診療上の必要性やリスクについて十分に説明を受け、理解した上で検査を受けることに同意します

( 署名欄 ) 日付 年 月 日 氏名

## 検査日時 ・ 注意事項

年 月 日 時 分から検査を予定しております。30分前までに受付をお済ませください。

※ 当日は保険証、医療証、紹介状とともに同意書の署名欄に署名の上この用紙を必ずお持ちください。

- ◎ 食事について ( ) 制限はありません ( ) 検査の3時間前から食事は摂らないでください
- ◎ 排尿について ( ) 制限はありません ( ) 検査の30～60分前から尿を溜めるようにしてください
- ◎ 前投薬について ( ) 前投薬はありません ( ) 検査の前に消化管の動きを抑制する筋肉注射をします
- ◎ 造影検査を受けた当日は造影剤を速やかに排泄させるため、十分な水分摂取と排尿を行ってください。
- 金属や精密機器、磁気カード類は検査室に持ち込めません。更衣室にロッカーを準備しておりますができるだけ軽装でおこしください。
- 入れ歯、コンタクトレンズ、ピアスなどは検査中外していただきます。できればケースなどのご用意をお願いします。
- 検査の取り消しや日時の変更、その他ご質問は下記までお願いします。

### 社会医療法人 緑風会 緑風会病院

電話 06 ( 6705 ) 1021  
 大阪市平野区背戸口1-18-13

- 電車 地下鉄谷町線 平野駅下車  
 ⑦番出口を出て、西へ3つ目の信号を右へ  
 バス 平野区役所前下車、西へ2つ目の信号を右へ  
 お車 南港通り 平野区役所前交差点から西へ  
 2つ目の信号を右折  
 病院北側に有料駐車場 (14台) あり

