

MRI 情報提供書

検査日 検査予約 時 約	20 年 月 日 曜日				該当する場合は○をつけて下さい 折り返しお問い合わせさせていただく場合がございます。		
	午前・午後		時 分		自費 (25,000円程度)	生保	
患者様 情報	フリガナ				自賠	保険会社(担当者)	
	氏 名 様					()	
	M・T・S・H		年 月 日生		男・女	検査当日に6号様式をご持参頂けない場合は自費扱いとなる旨患者様へお伝え下さい	
貴院 情報	貴院名				診療科		
	ご担当医師名				TEL		
	住 所						
検査 部位	頭 部	頸 部	胸 部	上腹部	骨盤腔	脊 柱	四 肢
	<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頸椎() <input type="checkbox"/> 胸椎() <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部 (Th ~Lv) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> L・R 肩関節 <input type="checkbox"/> L・R 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> L・R 膝関節 <input type="checkbox"/> L・R 足関節 <input type="checkbox"/> その他 ()
※造影が必要な場合はあけぼの病院へご紹介の上、受診して下さい。							
検査 目的	傷病名						
	紹介目的						
検査 前 の 確 認 項 目	☆体内金属 人工骨頭・脳動脈クリップ・ステントなど	(無・有→※)	⑦ の 場 合 、 検 査 が 出 来 な い 可 能 性 が あ り ま す	※体内金属・インプラントが⑦の場合、具体的な内容を記載下さい。 (折り返しお問い合わせさせていただく場合がございます)			
	☆義歯・インプラント	(無・有→※)		部位：			
	☆心臓人工弁	(無・有)		時期：			
	☆刺青・タトゥー ・アートメイク・ネイルアート	(無・有)		素材：			
	☆閉所恐怖症	(無・有)		施行元医療機関の見解など：			
	☆体内埋め込み型医療機器 ペースメーカー、ICDなど	(無・有→検査不可)					
	☆人工内耳・中耳	(無・有→検査不可)					
☆妊娠中又は妊娠の可能性	(無・有→検査不可)						

MRI 情報提供書

検査日 検査予約 時 約	20 年 月 日 曜日				該当する場合は○をつけて下さい 折り返しお問い合わせさせていただく場合がございます。			
	午前・午後		時 分		自費 (25,000円程度)		生保	
患者様 情報	フリガナ				保険会社(担当者)			
	氏 名 様				自賠 ()		連絡先 tel	
	M・T・S・H		年 月 日生		男・女		労災	
貴院 情報	貴院名				診療科			
	ご担当医師名				TEL			
	住 所							
検査 部位	頭 部	頸 部	胸 部	上腹部	骨盤腔	脊 柱	四 肢	
	<input type="checkbox"/> 頭部ルーチン <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 膵臓 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 頸椎 () <input type="checkbox"/> 胸椎 () (Th ~Lv) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> L・R 肩関節 <input type="checkbox"/> L・R 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> L・R 膝関節 <input type="checkbox"/> L・R 足関節 <input type="checkbox"/> その他 ()	
※造影が必要な場合はあけぼの病院へご紹介の上、受診して下さい。								
検査 目的	傷病名							
	紹介目的							
検査 前 の 確 認 項 目	☆体内金属 人工骨頭・脳動脈クリップ・ステントなど	(無・有→※)	⑦ の 場 合 、 検 査 が 出 来 な い 可 能 性 が あ り ま す	※体内金属・インプラントが⑦の場合、具体的な内容を記載 下さい。 (折り返しお問い合わせさせていただく場合がございます)	部位： 時期： 素材： 施行元医療機関の見解など：			
	☆義歯・インプラント	(無・有→※)						
	☆心臓人工弁	(無・有)						
	☆刺青・タトゥー ・アートメイク・ネイルアート	(無・有)						
	☆閉所恐怖症	(無・有)						
	☆体内埋め込み型医療機器 ペースメーカー、ICD など	(無・有→検査不可)						
	☆人工内耳・中耳	(無・有→検査不可)						
☆妊娠中又は妊娠の可能性	(無・有→検査不可)							

MRI検査で御来院される患者様へ(予約票)

検査予約 日時	20 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分	※予約時間の30分前に外来総合受付へお越し下さい。 検査前に医師の問診等行います。遅れてご来院の場合、検査を受けられない可能性があります。
患者様名	フリガナ 氏 名 様	【当日の持ち物】 予約票・MRI情報提供書・健康保険証* (お持ちの方は当院診察券・各種医療証) ★労働災害の場合は労災様式6号用紙

- ◆MRI検査終了後、CD-R作成の為30分程度の待ち時間がありますことをあらかじめご了承ください。
- ◆予約日を変更される場合はお早めのご連絡をお願いいたします。ご不明点のお問い合わせも連携室で承ります。
地域医療福祉連携室 ☎042-720-3633(直通) (月～金：午前9：00～午後4：30 土：午前9：00～12：00まで)
- ◆検査当日までに、下記<MRI検査説明書>をご一読下さい。

<MRI検査説明書>

MRI検査とは

○磁石と電波を使用して体の中を画像化する検査です。大きく穴のあいたMRI装置の中に体をいれて、FMラジオに用いられる電波を体に当てることで体の中の様子を画像化します。

検査の注意事項

- 検査当日の食事・服薬は医師から指示がない限り通常通りで結構です。
- 体内に心臓ペースメーカーなどの金属や電子機器が入っている方、妊娠中もしくは妊娠している可能性のある方、閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方、検査時間(20～40分間)動かず同姿勢を保てない方は原則検査ができませんので必ず主治医に申し出てください。
- ※検査前の問診の結果、当院医師の判断で検査不可となる場合があります。

検査前の準備

- 金属は検査の妨げになりますので、次のものは取り外してください：補聴器・メガネ・カラーコンタクト・義歯・時計・指輪・ネックレス・ピアス・ヘアピン・かつら・ウィッグ・金属のついている下着(ブラジャー、スリッパ)・貼付剤(エレキバン・カイロ・ニトロダームTTS)など
- ※化粧品、ジェルネイルを含むネイルアートは金属を含むものがあるため、化粧およびネイルはしないで下さい。来院されてから落とされる場合は、お早めにご来院ください。

検査開始から検査終了まで

- MRI検査室内は強い磁場が発生しています。金属類は持ち込むことが出来ませんので、身に着けているもので外せる金属類は外して検査着に着替えていただきます。
- MRI装置の検査台に部位により仰向けまたはうつ伏せで寝ていただきます。体の力を抜きリラックスしてください。検査時間は20分から40分位です。
- 検査中は動かないでください。検査担当者とマイクを通して会話ができますので安心してください。
MRI装置から連続的にトントントンなど音がしますが心配いりません。
- 検査終了後は普段通りの生活を送ってください。

医療法人社団 三友会 あけぼの病院

〒194-0021 東京都町田市市中町1-23-3

☎ 042(728)1111(代)