# 診療情報提供書(MRI 検査依頼書)

1	$\sim$
	- 1

## しんゆり脳神経外科クリニック /

診療時間	月	火	水	木	金	±
9:00-12:00	•		/	•		
15:00~18:00	•	•	/	•	•	/

[休診日]水曜、日曜、祝日

電話予約してください

044-953-3000

紹介元医療機関	\
医師名	
TEL/FAX	
	,

患者氏名	フリガナ		男・女	生年月1	∃	左	Į.	月		
	□頭部MRI	□頭部MRA	□頚動脈MI	RI·MRA	\ □眼渦	3 □副鼻	腔	]頚部		
	□頚椎 □胴	匈椎 □腰椎	□右肩関節	□左肩	関節 [	□右肘関節	□左	E肘関節	i	
   検査部位	□右手関節 □左手関節 □右股関節 □左股関節 □左膝関節 □左膝関節									
KENDE	□右足関節	□左足関節	□四肢・その	の他(		) 口下/	肢動脈			
	□骨盤腔(-	子宮・卵巣・腫	旁胱) □前	立腺 □	肝・胆	・膵・腎臓	鼓			
	□MRCP(京	扰寝後絶食、原	原則9時より村	検査)	□その他	ા (			)	
造影検査	□ 不要	□必要(喘息	:あり・なし	3か月』	以内のク	レアチニン	ン値	r	mg/dl)	
	・検査目的 像条件など									
		° 7./ 1					: -t: -t- 1	L /		
		ペースメーカ  人工内耳	) —			→検査で				
		    体内金属		□なし		→検査で <sub>(</sub>	יבבי	2 10	)	
<b>4</b> + »	ック項目			□なし					)	
' ' '	/ / <del>(</del> 2) [	<sup>妊娠</sup>   閉所恐怖症		□なし						
		刺青		□なし						
		手術既往				(手術名:			)	

### MRI検査についての説明書

### ▶ 検査に関しての注意事項

- 1) 腹部の検査の場合、検査前3時間は原則的に食事を摂らないでください。
- 2) 強い磁石を使用しているため、以下の物は、検査室に持ち込めません.
  - ・時計,携帯電話,補聴器,カード類(駐車券,銀行カード,クレジットカード、電子マネーなど)
  - ・ヘアピン,アクセサリー(ネックレス,ピアス,指輪など)
  - ・その他の金属を含むもの(はずせる入れ歯,エレキバン,カイロ,めがね,かつら 金属のついた下着, 小銭,安全ピン,鍵,ライターなど) シップなどの貼り薬、シールなど
  - ・カラーコンタクトレンズ
  - ・義肢(義足,義手),コルセット,義眼など
- 3) 化粧品の種類により金属物質が含まれていることがあり、発熱しやけどを引き起こすことがありますので、お化粧はなるべく避けてください。特に、マスカラ、アイシャドーなど。また刺青(いれずみ)のある方は検査できない場合があります。
- 4) 妊娠初期もしくは妊娠の可能性のある方 MRI検査を受けないことが望しいので、医師または検査技師にご相談ください.
- 5) 検査中はブザーをお渡しします. 熱いと感じた時、気分が悪くなったときなどは、 必ずお知らせください.

#### ▶ MRI 検査を安全に行うため、以下の質問にお答えください。

I)	MRI 検査を受けたことかありますか	(	いいス	はい )
2)	心臓ペースメーカー、除細動器を使用していますか	(	いいえ	はい )
3)	いままでに手術を受けたことがありますか	(	いいえ	はい )
4)	体の中に金属が入っていますか	(	いいえ	はい )
5)	閉所恐怖症はありますか	(	いいえ	はい )
6)	妊娠の可能性はありますか	(	いいえ	はい )

### 本人様ご署名

年 月 日



## MRI検査予約票

## 予約時間の10分前までにお越しください

検査日 年 月 日 曜日 午前・午後 時 分

- \*保険証を持参してください
- \*別紙MRI検査説明書(造影検査の場合は同意書も)を記入してください
- \*遅れる場合、都合が悪くなった場合は電話でお知らせください

### ご本人がご記入ください

氏名	フリガナ					男・女	
生年月日	明治・大	:正・昭和・ 年	平成・令 月	分和・西暦 日	(	歳)	
住所	₹	_					
電話番号							





### しんゆり脳神経外科クリニック

診療時間	月	火	水	木	金	±
9:00-12:00	•		/	•	•	•
15:00~18:00	•	•	/	•	•	/

[休診日]水曜、日曜、祝日

〒 215-0021

川崎市麻生区上麻生4-35-5

TEL 044-953-3000