

MR I 検査依頼書 (患者様用)

医療機関名	検査日時	年	月	日	午前・午後	時	分
	フリガナ氏名	さま 男・女					
主治医	生年月日	年	月	日	生	歳	
電話 ()	-						

MR I 検査 (磁気共鳴画像診断) について

MR I 検査を安心して受けていただくための簡単な説明です。
検査を受けるにあたってお読み下さい。

<事前の注意事項>

1. 検査当日の食事は普通にとり下さい。指示があった場合は食事を控えていただくこともあります。
2. 服用中のお薬は、医師からの指示がない限り通常通り服用して下さい。
3. 次のような方は検査ができない場合があります。必ず事前にお知らせ下さい。
 - ・心臓ペースメーカー、避妊リングを体内に入れている方。
 - ・外傷や手術で人工関節や脳動脈クリップなどの金属が体内にある方。
 - ・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。

<検査前の準備>

1. 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下さい。
 - ・貴金属、時計、指輪、ネックレス、イヤリング、ヘアピンなど
 - ・眼鏡、補聴器、入れ歯など
 - ・金属のついている下着
 - ・化粧品(マスカラ等)の中には金属を含んでいるものがあるため、化粧を落としていただくことがあります。
2. 個人によって検査内容が違いますので、予約の時間が前後することがあります。

<検査開始、検査中のお願い>

1. MR I 装置の検査台に仰向けに寝て、体の力を抜いてリラックスして下さい。
2. 検査時間は目的や部位によって異なりますが、通常 20 分くらいです。
3. 検査中は痛みを伴いませんので、動かないようにして下さい。
4. 検査中は検査担当とマイクを通していつでも会話できますので、安心して下さい。
5. 検査によってMR I 用の造影剤 (部位をはっきり写す目的に使用) を静脈から注射する場合があります。
副作用は極めて少ない薬ですが、検査中万が一気分が悪くなった場合はお知らせ下さい。



〒604-8401

京都市中京区七本松通丸太町上ル

医療法人社団 洛和会
洛和会丸太町病院

TEL 075-801-0351(代)

【放射線部】(内線 1111)

MRI 検査依頼書 (洛和会丸太町病院控え)

医療機関名	検査日時 年 月 日 午前・午後 時 分
主治医	フリガナ氏名 さま 男・女
電話 () -	生年月日 年 月 日生 歳
<臨床診断名>	
<現病歴・臨床経過> ※「DWIBS」をご依頼される場合は必ず病名のご記入をお願い致します。 原則、スクリーニング目的では保険請求の対象となりません。	
<検査目的>	
チェックリスト (該当項目によっては検査を中止することもあります) <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 点滴・IVH・ドレーン <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節 <input type="checkbox"/> 体内金属 ()	
検査部位 (一検査につきチェックは一つでお願いします) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> DWIBS (全身 Diffusion) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 血管系 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
撮影方向 <input type="checkbox"/> 丸太町病院 Routine <input type="checkbox"/> Transverse (横断像) <input type="checkbox"/> Coronal (冠状断像) <input type="checkbox"/> Sagittal (矢状断像)	
撮影手技 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純・造影	
画像出力 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CDR	
<造影検査の場合稀にガドリウム造影剤の副作用が出ることがありますのでご説明及び腎機能検査をお願いします> <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 妊婦・産婦・授乳婦の方 (造形剤投与後 24 時間授乳中止) <input type="checkbox"/> 過去にガドリウム系造影剤で具合が悪くなった方 <input type="checkbox"/> 腎機能 eGFR () CRE () BUN () (年 月 日のデータ)	
※以下の方は検査が出来ません。 ・ eGFR が 30ml/min/1.73m ² 未満の方 ・ ガドリウム造影剤に対し過敏症の既往がある方 ・ 現在気管支喘息で治療中の方	
造影剤使用に関し説明をしました。 主治医 _____	
造影剤使用に関し同意をしました。 患者様署名 _____	

MRI 検査依頼書 (医療機関様控え)

医療機関名	検査日時 年 月 日 午前・午後 時 分
主治医	フリガナ氏名 さま 男・女
電話 () -	生年月日 年 月 日生 歳
<臨床診断名>	
<現病歴・臨床経過> ※「DWIBS」をご依頼される場合は必ず病名のご記入をお願い致します。 原則、スクリーニング目的では保険請求の対象となりません。	
<検査目的>	
チェックリスト (該当項目によっては検査を中止することもあります) <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 点滴・IVH・ドレーン <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節 <input type="checkbox"/> 体内金属 ()	
検査部位 (一検査につきチェックは一つでお願いします) <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> DWIBS (全身 Diffusion) <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> 血管系 () <input type="checkbox"/> その他 ()	
撮影方向 <input type="checkbox"/> 丸太町病院 Routine <input type="checkbox"/> Transverse (横断像) <input type="checkbox"/> Coronal (冠状断像) <input type="checkbox"/> Sagittal (矢状断像)	
撮影手技 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純・造影	
画像出力 <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CDR	
<造影検査の場合稀にガドリウム造影剤の副作用が出ることがありますのでご説明及び腎機能検査をお願いします> <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 妊婦・産婦・授乳婦の方 (造影剤投与後 24 時間授乳中止) <input type="checkbox"/> 過去にガドリウム系造影剤で具合が悪くなった方 <input type="checkbox"/> 腎機能 eGFR () CRE () BUN () (年 月 日のデータ) ※以下の方は検査が出来ません。 ・eGFR が 30ml/min/1.73m ² 未満の方 ・ガドリウム造影剤に対し過敏症の既往がある方 ・現在気管支喘息で治療中の方	
造影剤使用に関し説明をしました。 主治医 _____ 造影剤使用に関し同意をしました。 患者様署名 _____	