

ID-NO

MRI検査依頼票

検査予約時間

平成 年 月 日 (曜日)
午前 : 午後 時 分

○大正・○昭和・○平成 年 月 日生

男・女 才

様

患者情報

依頼病院名

依頼医師

※保険証のコピーをFAXお願いします。

【検査部位】 検査項目を○で囲んでください。

- ・頭部 ・頸椎 ・頭部MRA ・頸部MRA ・MRCP
- ・上腹部 ・胸椎 ・膝(右・左) ・全身拡散強調画像
- ・骨盤部 ・腰椎 ・その他()

読影	読影処理
有	
無	

*必ず下記項目をチェックして、MRIが安全に施行できることを確認の上、依頼票をお出してください。

【臨床情報】

MRI禁忌項目：枠内【有】の場合は施行できません。

- | | |
|----------------|-------|
| 1. 心臓ペースメーカ | 【有・無】 |
| 2. 人工内耳 | 【有・無】 |
| 3. 上記以外の体内電子装置 | 【有・無】 |

検査前チェック項目

- | | |
|-------------------------|--------|
| 1. 脳動脈瘤クリップまたはコイル | 【有・無】 |
| 有の場合：MRI対応 | 【可・不可】 |
| 2. マグネット式の義歯、インプラント等 | 【有・無】 |
| 有の場合：MRI対応 | 【可・不可】 |
| 3. 金属製心臓人工弁 | 【有・無】 |
| 有の場合：MRI対応 | 【可・不可】 |
| 4. 手術の既往歴 | 【有・無】 |
| 5. 義足・義手・人工関節 | 【有・無】 |
| 6. 砲弾の破片などの金属片 | 【有・無】 |
| 7. 上記以外の体内金属 | 【有・無】 |
| 8. 閉所恐怖症 | 【有・無】 |
| 9. 妊娠中・妊娠の可能性(女性のみ) | 【有・無】 |
| 10. 入れ墨 | 【有・無】 |
| 11. ネイルアート、エクステ、アートメイク等 | 【有・無】 |
| 12. コンタクトレンズ | 【有・無】 |

*不明な点がございましたら、埼玉会草加病院までお問い合わせください。

TEL. 048(944)6111
FAX. 048(944)8080

保険病名

右記の項目について、検査の安全性を確認し、依頼します。

依頼医師名

右記に該当する事項がありましたら、詳細をお願いします。

患者の状態 [独歩・車椅子・ストレッチャー]

フィルム枚数	コピー枚数	dicom CD	撮影者

ID-NO

MRI検査依頼票

検査予約時間

平成 年 月 日 (曜日)
午前 : 午後 時 分

○大正・○昭和・○平成	年	月	日生
	男・女	才	
様			
患者情報			

依頼病院名

依頼医師

●上腹部の検査の方は4時間前から絶食でお願いします。

●骨盤部検査の方は蓄尿をお願いします。

検査当日は、この予約票と依頼票及び保険証を御持参の上

20分前に 埼玉草加病院 2階 総合受付

までお越しください。
(裏面の地図をご参照ください。)

【検査注意事項】

*下記に該当する方は検査が受けられない場合がありますので、必ず事前にお知らせください。

- ペースメーカを付けている。
- 心臓の手術の経験がある。
- 頭部の手術の経験がある。
- 人工関節が入っている。
- その他大きな手術の経験がある。
- 体内に金属が入っている。(義眼・義手・砲弾の破片等)
- 妊娠している、または妊娠の可能性がある。
- 狭い空間が苦手である。(以前にMRI検査が受けられなかった)
- 入れ墨がある。

現在の体重を
ご記入ください。

kg

○授乳中の方は、あらかじめ担当技師にお知らせください。

○時計・入れ歯・補聴器など金属製のものは検査前に取り外していただきます。

○磁石を使用している入れ歯、インプラント等は、破損の恐れがあります。必ず歯科医師に確認してください。

○磁気カード類(キャッシュカード等)はカードが破損しますので検査室に持ち込まないでください。

○過度の化粧(マスカラ、アイシャドー等)はお控えください。

○ネイルアート、エクステ、アートメイクは落としてご来院ください。

○コンタクトレンズは取り外していただきますので保管容器をご準備または眼鏡でお越しください。

*装置の特性上、室内の温度を23度前後に設定してあります。ご了承ください。

*検査当日お越しになれない場合は、お早めに下記までご連絡ください。

医療法人埼玉会 埼玉草加病院 TEL 048(944)6111 予約受付AM9:00~PM5:00