

(1)

MRI検査申込書 (兼診療情報提供書)

申込先：医師会病院 TEL43-6000 内線188

		申込日時		年	月	日			
氏名	様	M・T・S・H・	年	月	日生	才 男・女			
依頼病医院・医師									
検査日時	年	月	日	AM・PM	時	分			
MRI検査歴	初回・()回目	前回検査日		年	月	日			
喘息の既往	+	・	-	手術クリップ・クランプ	+	・	-		
アレルギー	+	・	-	人工骨頭・人工関節	+	・	-		
H B s 抗原	+	・	-	・	未	その他の体内金属	+	・	-
ワ 氏 反 応	+	・	-	・	未	妊 娠	+	・	-
H C V 抗体	+	・	-	・	未				
病歴・検査目的									
検査部位 (○をおつけ下さい)									
1. 頭 部 ()									
2. 脊椎・脊髄 (頸・胸・腰・仙)									
3. 眼 窩 ()									
4. 副 鼻 腔 ()									
5. 上 咽 頭 ()									
6. 頸 部 ()									
7. 胸 部 (肺・縦隔・心臓・大血管・乳房・その他)									
8. 腹 部 (肝・胆・膵・脾・腎・副腎・大動脈・その他)									
9. 骨 盤 (子宮・卵巣・膀胱・前立腺・その他)									
10. 骨・関節 ()									
※ 記入にあつては「別紙」を参考とし、(1)を患者さんに持参させ、(2)を依頼者控として下さい。予約申込みは、放射線科へ連絡し日時を確認して下さい。検査中止または延期等は速やかにその旨をご連絡願います。									
※ 特に食事制限等は必要ありませんが、検査の種類によっては、食事を控えてもらうことがあります。									
※ 検査終了後は写真のみお渡しします。所見報告は後日申し上げます。									

MRI検査を受けられる方へ

検査を受けることが出来ない方

【注意】 ペースメーカーや人工内耳を使用している方は、この検査を受けることはできません。

また、MRIで使われる磁石や電波は普通の場合は人体への影響はありませんが、次のような方はMRI検査を受けられないことがありますので、担当医または検査担当者にあらかじめお知らせ下さい。

1. 体内に脳動脈クリップや人工関節などの金属が埋め込まれている方。
2. 以前に外科手術を受けたことがある方。
3. 妊娠または妊娠されている可能性のある方。
4. 閉所恐怖症など、狭いところが苦手な方。

検査前の注意

- ・ 検査の前は所定の検査衣に着替えていただきます。
- ・ 検査室内は強力な磁場が発生しているため、次のものは持ち込めません。
 - (1) 金属類……ヘアピン・時計・メガネ・ベルト・その他アクセサリ類など
 - (2) 磁気カード……キャッシュカード・テレホンカード・プリペイドカード・定期券など
 - (3) その他……取り外せる義歯・かつら・補聴器・使い捨てカイロ・エレキバン・金属のついた下着・カラーコンタクトレンズなど
- ・ アイシャドーやマスカラは検査のさまたげになる場合があるため、当日はなるべくご使用にならないで下さい。
- ・ アート(入墨)をされている方は熱を感じる場合がありますので、検査担当者にお知らせ下さい。
- ・ 保温性のある下着や遠赤外線下着を着て検査を受けると熱く感じる場合があるため、当日ははずして検査を受けて下さい。
- ・ 検査時間は通常30分～60分ぐらいです。検査前に排尿を済ませておいで下さい。

検査について

- ・ 検査中は機械から連続的に“トントン……”という音がします。多少うるさく感じると思いますが、苦痛をとまなうものではありません。できるだけ身体を動かさないで下さい。

※その他ご不明の点等がありましたら、検査担当者又は下記までお問い合わせ下さい。

函館市医師会病院 放射線科
TEL43-6000 内線190-188