

MRI検査依頼票

(診療情報提供書)

紹介先



さぎぬま
脳神経クリニック

FAX:044-860-5130

〒216-0004 川崎市宮前区鷺沼3-2-6 1F TEL:044-860-5131

フリガナ氏名	(貴院カルテNo.) 当院受診歴 無・有 様 男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
連絡先	携帯電話 — — TEL () 自宅・勤務先
E-mail	E-mailアドレスの記載がある患者様には、検査前に予約確認のメールを送信させていただいております。 @

●予約日時 平成 年 月 日 () 来院時間 午前・午後 時 分	
依頼元医療機関名/診療科名/担当医 ゴム印可	
貴院診療時間外TEL	()
ご依頼元コード	

送付方法	画像 <input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> お持ち帰り	媒体 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	レポート <input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> FAX
造影	1. 無 2. 有 3. 検査中に担当医師が造影適応を判断		■お問い合わせ先 TEL 044-860-5131
食事制限	<input type="checkbox"/> 4時間前から(造影または腹部) <input type="checkbox"/> 8時間前から(MRCPまたは胆嚢)		

■事前チェックをお願い致します。

全ての検査においてご記入下さい			
心臓ペースメーカー	無・有	(体内金属物) クリップ・金属・その他留置物 (脳動脈クリップ、心臓弁、ステント、コイル、人工骨頭など)	無・有
人工内耳	無・有	[有]の場合は以下をご記入ください。←	(その他) 1. 妊娠の可能性 無・有 2. アートメイク・刺青 無・有 3. 閉所恐怖症 無・有 4. カラーコンタクト 無・有 5. その他 ()
有の場合、MRI検査はできません ←			

上記造影 2 または 3 の場合においてご記入下さい			
造影検査を受けたことがある	無・有	その他薬剤に関する副作用の既往	無・有
現在ぜん息の治療中	無・有	食物・その他アレルギー	無・有
造影剤に対する副作用の既往	無・有	感染症：STS・HBV・HCV・HIV	
有の場合造影検査はできません ←			

患者情報	身長 (cm) 体重 (kg) 手術経験 <input type="checkbox"/> 無・有 移動 <input type="checkbox"/> 独歩・車椅子・寝台
------	---

臨床診断/検査目的

腎障害 (無・有) クレアチニン (mg/d) BUN (mg/d)

検査部位 ※1回の検査につき1部位のご依頼とさせていただきます。							
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 四肢	
(以下の詳細についてもチェックをお願い致します。)							
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭	<input type="checkbox"/> 大動脈(MRA)	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 右・左	
<input type="checkbox"/> 脳動脈(MRA)	<input type="checkbox"/> 頸動脈(MRA)	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 脾臓	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 手関節 右・左	
<input type="checkbox"/> トルコ鞍	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> MRCP(胆管・膵管)	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 膝関節 右・左	
<input type="checkbox"/> 内耳	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 乳房 右・左	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 動脈(上肢・下肢)	
<input type="checkbox"/> その他	()	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 大動脈(MRA)	()	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 静脈(上肢・下肢)	
()		()	<input type="checkbox"/> その他		()	<input type="checkbox"/> その他	()

MRI検査予約票

紹介先



さぎぬま
脳神経クリニック

FAX:044-860-5130

〒216-0004 川崎市宮前区鷺沼3-2-6 1F TEL:044-860-5131

フリガナ氏名	(貴院カルテNo.) 当院受診歴 無・有 様 男・女	●予約日時 平成 年 月 日 () 来院時間 午前・午後 時 分
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	依頼元医療機関名/診療科名/担当医 ゴム印可
連絡先	携帯電話 - - TEL () 自宅・勤務先	次回依頼元受診日 . 日 日 () . 未定
患者様ご住所	〒	

送付方法	画像 <input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> お持ち帰り	媒体 <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	レポート <input type="checkbox"/> 宅急便 <input type="checkbox"/> FAX
造影	1. 無 2. 有 3. 検査中に担当医師が造影適応を判断	■お問い合わせ先 TEL 044-860-5131	
食事制限	<input type="checkbox"/> 4時間前から(造影または腹部) <input type="checkbox"/> 8時間前から(MRCPまたは胆嚢)		

■事前チェックをお願い致します。

全ての検査においてご記入下さい		
心臓ペースメーカー 無・有	(体内金属物) クリップ・金属・その他留置物 無・有 (脳動脈クリップ、心臓弁、ステント、コイル、人工骨頭など) 「有」の場合は以下をご記入ください。← ①手術の時期 (年) ②内容(存在場所・素材なども)()	(その他) 1. 妊娠の可能性 無・有 2. アートメイク・刺青 無・有 3. 閉所恐怖症 無・有 4. カラーコンタクト 無・有 5. その他 ()
人工内耳 無・有		
有の場合、MRI検査はできません ←		

上記造影 2 または 3 の場合においてご記入下さい		
造影検査を受けたことがある 無・有	現在ぜん息の治療中 無・有	その他薬剤に関する副作用の既往 無・有
造影剤に対する副作用の既往 無・有	有の場合造影検査はできません ←	食物・その他アレルギー 無・有
		感染症：STS・HBV・HCV・HIV

患者情報	身長 (cm) 体重 (kg) 手術経験 <input type="checkbox"/> 無・有 移動 <input type="checkbox"/> 独歩・車椅子・寝台
------	---

受診者の方へ

①～⑤の事項をよくお読み下さい。上記……枠内もご記入ください。

- ①予約時間までにお越しください。保険証と、この予約票を御持参ください。
予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございますので予めご了承下さい。
- ②検査日時の変更またはキャンセルにつきましては、なるべく検査前日までにお願ひ致します。
- ③検査を安全に行う為に、下記の質問にお答えください。
 - ① どのような症状がいつごろ生じましたか。(症状： 発生時期：)
 - ② これまでMRI検査を受けたことがありますか？ (はい・いいえ)
 - ③ 現在治療中の病気はありますか？ (はい・いいえ)
 - ④ 現在服用中のお薬はありますか？ (はい：薬剤名・いいえ)
 - ⑤ (検査画像の使用について) 個人情報守秘の上、研究目的などの画像使用に限り承諾します。(はい・いいえ)
 - ⑥ 骨盤検査(女性)の方のみ
 - ・月経周期 (日)
 - ・最終月経 月 日～ 月 日
 - ・閉経 (才)
 - ・ホルモン療法 (年～ 年間)
 - ・妊娠歴 (無・有)
 - ・出産歴 (無・有)

(造影検査の方は、検査前の説明をお聞きになってから以下の欄にご署名願ひます。)
検査実施につき同意します。

平成 年 月 日 署名

当クリニック
への地図は、
裏面を御参照
ください

裏面もよくお読み下さい

④MRI検査をお受けになる方へ

- MRI検査は、磁場と電波を利用して体内の断層像を撮影するものです。横になっているだけで検査は終了します。検査中は大きな音がしますが、人体への影響はありませんのでご安心ください。
- 金属及び磁気は検査の妨げになるため、次の物は取り除いていただくことがあります。
 [ヘアピン、アクセサリー類、化粧(マスカラ・アイシャドーなど)、メガネ、かつら、鍼治療の針、ブラジャー、スリッパ、エレキパン、入れ歯、義手、義足、補聴器、携帯電話、時計、磁気カード]
- アートメイク、刺青のある方はMRI検査ができない場合があります。
- 妊娠の可能性のある方はMRI検査ができない場合があります。
- 造影検査または腹部の検査を受けられる方は、食事制限があります。

⑤造影検査をお受けになる方へ

- 検査には単純検査(造影剤を使わない検査)と造影検査(造影剤を使う検査)があります。
- 造影検査は、病巣内の血流の状態を把握したり、病変と血管との解剖学的関係を知ったりすることにより、単純撮影では判断しにくい病変の検出能を高めることを目的としています。

【造影検査で使用のお薬について】

- 検査目的によって静脈から注射するお薬と飲むお薬があります。
- 造影検査で使用のお薬は安全なものですが、喘息やアレルギーなどでお薬が使えない場合もあります。また、患者様のご体調や体質によっては副作用(発疹やかゆみなどのアレルギー症状)が出現することもありますので、医師がお薬の使用が可能かどうかを判断し、ご本人様からの承諾を得たうえで実施しています。

【検査後の注意事項】

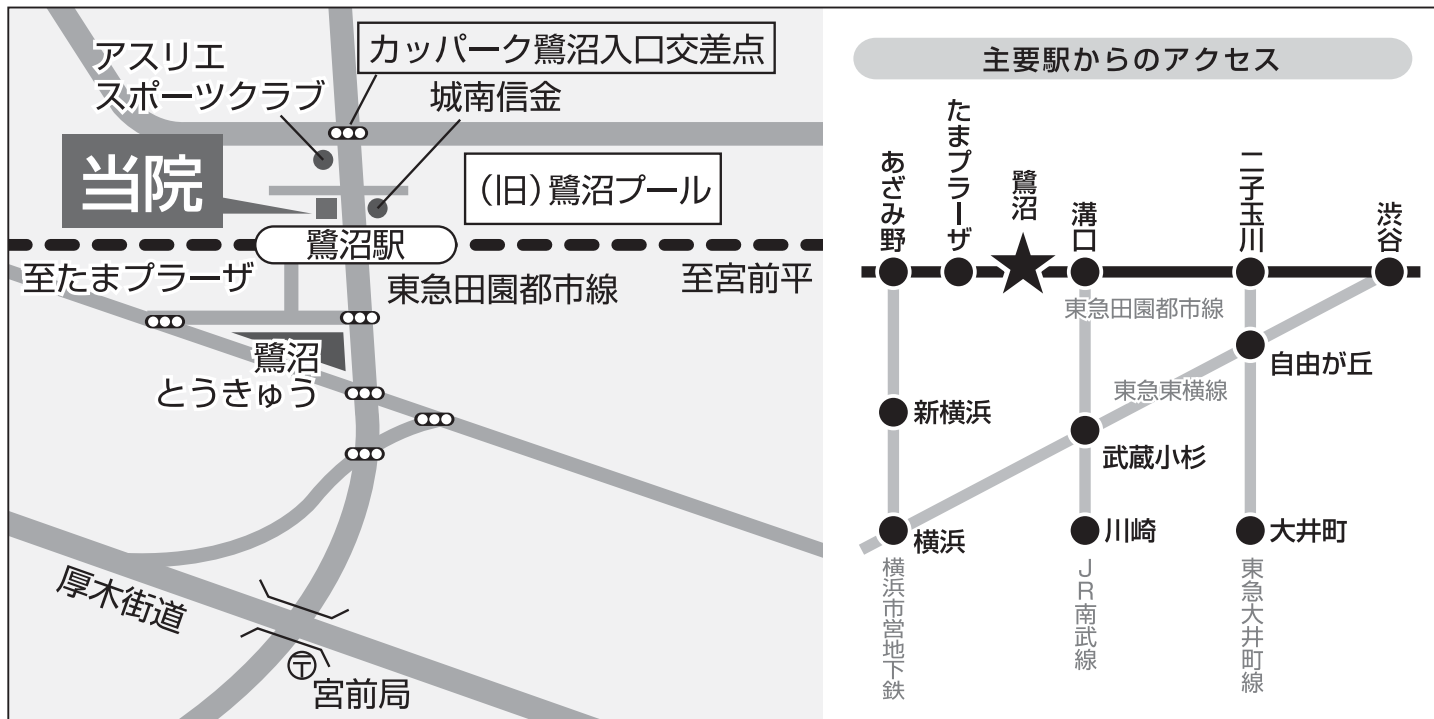
- ・検査後は、普段どおりの生活をしていただいて構いません。
- ・造影剤は主に尿として排泄されますので、検査終了後は水分を多めに摂取して下さい。

検査についてより詳しくお知りになりたい方はホームページをご覧ください。

URL <http://www.noushinkei.com>

検索ページにて"さぎぬま脳神経クリニック"と検索して下さい。

当クリニックへの交通案内図



●東急田園都市線：鷹沼駅より徒歩1分

※周辺の道路や駐車場は大変混雑しておりますので、お車でのご来院の際はご注意ください。



さぎぬま
脳神経クリニック

TEL: 044-860-5131

〒216-0004 川崎市宮前区鷹沼3-2-6 1F

予約時間までにお越しください。保険証と、この予約票を御持参ください。予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございますので予めご了承下さい。

●ご不明な点・ご質問がございましたら、お気軽に当クリニックまでお問い合わせ下さい。