

MRI 検査依頼書（診療情報提供書） 太枠以外を記入してください

フリガナ
受診者氏名（保険証氏名） _____ **男 ・ 女**

生年月日 _____ **年** _____ **月** _____ **日** (_____ **歳**)

検査予定日 _____ **年** _____ **月** _____ **日** _____ **時** _____ **分**

臨床診断名				
主症状・検査依頼目的（医師のコメントは必須です）				
撮影部位	<input type="checkbox"/> 単純 ・ <input type="checkbox"/> 単純+造影 ※ダイナミック撮影はできません			
頭部	脳・延髄・VSRAD・視神経・聴神経・下垂体 その他（ _____ ）	A X ・ S G ・ C O	備考	
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎（ _____ ~ _____ ）	A X ・ S G ・ C O		
関節 （ 右・左 ）	肩関節・肘関節・手関節・手・股関節・膝関節 足関節・足 その他（ _____ ）	A X ・ S G ・ C O		
腹部	肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓・後腹膜・MRCP その他（ _____ ）	A X ・ S G ・ C O	造影剤（シリンジ）	本
骨盤腔	前立腺・子宮・卵巣 その他（ _____ ）	A X ・ S G ・ C O	マグネスコープ 10mL	
			マグネスコープ 11mL	
その他		A X ・ S G ・ C O	マグネスコープ 13mL	
			マグネスコープ 15mL	
① 今までにMRI検査を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		マグネスコープ 20mL	
② 体内の電子機器部品（ペースメーカー、除細動器、移植蝸牛刺激装置、神経刺激装置、骨形成刺激装置、注入ポンプ等）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		※ありの場合、検査不可	
③ 義眼（磁力で装着するものは禁忌）及び眼科内金属片	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
④ 人工内耳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
⑤ 内視鏡クリップ（2週間以内）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
⑥ その他の体内金属片（弾片・鉄片・鉄粉等）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
⑦ 心臓人工弁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		MRI可	（ _____ ）
⑧ 脳内動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		MRI可	（ _____ ）
⑨ 人工骨頭・関節・固定金属（部位 _____ ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		MRI可	（ _____ ）
⑩ 手術クリップ・クランプ・ステント・シャント・コイル	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		MRI可	（ _____ ）
⑪ DIBキャップ（マグネット式バルーンカテーテルプラグ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		取換説明済	（ _____ ）
⑫ 歯列矯正用具・入歯・金歯・インプラント・補聴器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		脱着可	（ _____ ）
⑬ 妊娠の可能性・避妊リング	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		CD-R _____ 枚 技師名： _____	
⑭ 入墨・アートメイク	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
⑮ 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
⑯ 読影依頼	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

依頼施設名 _____

担当医師名 _____

予約日時 年 月 日 (曜日) : ~

○お持ちいただくもの

- ① 検査依頼書（診療情報提供書）等が入った封筒
- ② 保険証（必ず持参してください）
- ③ 東都春日部病院の診察券（お持ちの方）

- ◇ 検査の予約時間の30分前までに、総合受付へ検査依頼書（診療情報提供書）等が入った封筒を提出してください。
- ◇ 検査前の注意事項、指示は主治医の先生からお聞き下さい。
- ◇ 食事制限などの指示を受けた方は、その指示に従ってください。
- ◇ 上記の時刻に来院できないときは、必ずご連絡ください。

医療法人社団 全仁会 東都春日部病院

〒344-0022 埼玉県春日部市大畑652-7（武里団地内7街区カスミストア前）

TEL 048-739-2000 FAX 048-739-2003

東武伊勢崎線 せんげん台駅下車西口徒歩13分

路線バス利用の場合

- ・せんげん台駅西口から武里駅西口行
 - ・武里駅西口から千間台西口行
- 団地センター下車（病院玄関前）



1. MR I とは

- MR I は、磁気と電磁波を使用して撮影する検査です。撮影時はトンネルの中に入って行きます。また大きな音が発生するため、耳栓を用意しておりますので、必要な方はお声かけください。MR I 検査を安全に実施するにあたり以下の説明をよくお読みいただきご不明な点はスタッフまでお申し出ください。

2. 検査を受けることができない方

- ◆ 心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器等、電子機器のある方
- ◆ 金属製の心臓人工弁を使用されている方
- ◆ 人工内耳・中耳を使用されている
- ◆ 血管内ステントを挿入後8週間未満の方

3. 検査を受けられない可能性がある方

- ◆ 妊娠中、もしくは妊娠している可能性のある方
- ◆ 脳動脈瘤手術における金属クリップやコイルを使用されている方
- ◆ 人工関節や固定プレートなど体内金属を使用されている方
- ◆ 入れ墨(やけど、色の変色等の可能性があるため)
- ◆ 磁石を用いた入れ歯(吸着力が低下する可能性があるため)
- ◆ 義眼
- ◆ D I B キャップを使用されている方

4. 検査前の準備(当日、検査の際に確認いたします)

- 金属、磁気類などは検査の妨げになりますので、下記の内容は検査室へ持ち込めません。検査前に着替えや、取り外していただきます。
 - ◆金属類：時計、指輪、ネックレス、ピアス、イヤリング、ヘアピン、鍵、硬貨など
 - ◆メガネ、カラーコンタクトレンズ、入れ歯、補聴器など
 - ◆金属のついている衣類
金属製ファスナーやボタンがついた衣類、ブラジャーなど
 - ◆電子機器：携帯電話など
 - ◆磁気を帯びているもの：カード類、腰椎ベルトなど
 - ◆身体に貼っているもの：カイロ、湿布、エレキバン、心臓病の薬など
 - ◆アイシャドウ、マスカラなどには金属を含んでいるものがありますので、化粧を落としていただくことがあります。

