

M R I 検査予約票

ID :

フリガナ
氏名 :

検査日時： 年 月 日 () 時 分

検査内容：

1. 検査当日は、**予約時間 30分前** に **1階受付** へお越しください。
2. この**予約票、健康保険証、診察券** (板倉病院に受診されたことのある方) **を受付にお出しください。**
3. 予約日時に来られない場合は、ご連絡ください。 ※TEL : 047-401-5178 (放射線科直通)
4. 安全に検査を受けていただくため、検査着に着替えていただきます。

☆検査当日のお食事やお薬について

腹部の検査、あるいは造影MRI検査を受ける方は、検査時間の4時間前より絶飲食してください。
水と白湯のみ、飲んでいただいて問題ありません。

※腹部以外の単純MRI検査の方は、お食事の制限はありません。

※常用薬は、いつも通り服用・貼付してください。

※糖尿病の方は、当日のお食事・お薬については主治医にご相談ください。

交通のご案内

●お車でお越しの方

- ・当院正面のナビパークをご利用ください。外来患者様には割引があります。
(ご利用可能台数に限りがあります。満車の場合は、近隣のコインパーキングをご利用ください)
- ・お車を降りられたら「駐車証明書」を発券してお持ちください。
- ・検査後、受付にご提示いただくと割引券が発行されます。

●電車でお越しの方

京成本線 京成船橋駅より徒歩5分

JR総武線 船橋駅より徒歩7分

東武野田線 船橋駅より徒歩7分

●所在地・連絡先

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

医療法人弘仁会 板倉病院

〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1

TEL : 047-401-5178 (放射線科直通)

MRI 検査問診票

患者ID:

氏名: _____ 身長: _____ cm 体重: _____ kg

MRI 検査は、体の断面や血管を撮影するために、強い磁場と電磁波を利用します。

そのため、体内に心臓ペースメーカーなどの電子機器や金属が存在すると、それらに悪影響を及ぼし、不慮の事故が起こる可能性があります。安全に検査をお受けいただくために下記の質問にお答えください。

1. 今までにMRI 検査を受けたことがありますか? (ない ・ ある)

2. 心臓ペースメーカー ・ 除細動器 ・ 人工内耳を使用していますか? (ある ・ ない)

3. 今までに手術を受けたことがありますか? (ある ・ ない)

『ある』と答えた方へ質問です。手術時、体内に金属を留置しましたか?

該当するものがあれば、○で囲んでください。

脳動脈クリップ(MRI 対応の有無を確認してください) ・ 脳室シャント ・ スtent ・ コイル
金属製の心臓人工弁 ・ 整形外科手術による金属 ・ 神経刺激装置
その他・詳細 ()

4. 最近、内視鏡検査を受け、治療しましたか? (ある ・ ない)

(検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)

5. 金属研磨や板金、旋盤などの金属加工の職歴がありますか? (ある ・ ない)

『ある』と答えた方へ質問です。目や体内に金属片が入っていますか? (ある ・ ない)

6. 磁石式の入れ歯や義眼などを使用していますか? (ある ・ ない)

7. 補聴器を使用していますか? (ある ・ ない)

8. 刺青やアートメイクがありますか? (ある ・ ない)

『ある』と答えた方へ質問です。

火傷や変色の可能性があります。検査に同意されますか? (いいえ ・ はい)

9. 狭い場所は大丈夫ですか? (いいえ ・ はい)

10. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか? (はい ・ いいえ)

※問診票の結果によっては、身体の安全を考え検査を中止することがあります。ご了承ください。

検査予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 [_____ 時 _____ 分]

検査を受けられるご本人の署名

担当技師の署名

(代筆者 _____)

※施設記入欄

予約時間 30 分前のエチゾラム内服の有無 (あり ・ なし)

診療情報提供書

(紹介先医療機関) 医療法人弘仁会 板倉病院
放射線科

(依頼元医療機関)

依頼元医療機関 患者ID		板倉病院 患者ID	
フリガナ			
患者氏名	(男・女)		
生年月日	西暦 T・S・H	年 年	月 日 生
患者住所	県・都 道・府	市・区 郡	町 村
電話番号	()		

傷病名 合併症/既往歴			
検査目的			
検査日時	平成	年	月 日 () 時 分~
撮影指示	単純CT・造影CT・単純MRI・造影MRI・その他 ()		
検査部位			
希望出力媒体	CD-R ・ フィルム		
クレアチニン値 (造影のみ記載)	mg/d l (年 月に検査実施)		
体内金属の有無	脳動脈クリップ	なし ・ あり	
	ペースメーカー	なし ・ あり	
	その他	なし ・ あり ()	
備考			