

M R I 検 査 予 約 票

フリガナ

氏 名：

検査日時： 年 月 日 () 時 分

検査内容：

*ご依頼元の医療機関様でご記入ください

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、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
東武アーバンパークライン 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)

M R I 検査問診票

患者 I D : _____
氏 名 : _____

生年月日 : _____
身 長 : _____ cm 体 重 : _____ kg

M R I 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などが存在すると、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 M R I 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(M R I 対応の有無を確認してください) ・ 脳室シャント ・ ステンント ・ 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. 持続血糖測定器、インスリンポンプを使用していますか？ (あ る ・ な い)

5. 1か月以内に、内視鏡検査で消化管クリップを留置しましたか？ (あ る ・ な い)

6. 外傷等により、目や体内に金属片が入っていますか？ (あ る ・ な い)

7. 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)

8. 補聴器を使用していますか？ (あ る ・ な い)

9. 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)

10. ネイル(特にジェルネイル・マグネットネイル)、マツエクをしていますか？ (あ る ・ な い)

11. 狭い場所は大丈夫ですか？ (い い え ・ は い)

12. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性ありますか？ (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 3 0 分前のエチゾラム内服の有無 (あ る ・ 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・R	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	年	月	日 () 時 分～
撮影指示	単純C T ・ 造影C T ・ 単純M R I ・ 造影M R I ・ その他 ()		
検査部位			
希望出力媒体	C D - 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 ペースメーカー その他	なし ・ あり なし ・ あり なし ・ あり ()	
備 考			