

診療情報提供書 MRI検査

社会医療法人社団 尚篤会 赤心堂病院
〒350-1123
埼玉県川越市脇田本町25-19
TEL 049-249-0808 (患者支援室)
FAX 049-241-2856
担当医師 宛

紹介医療機関名
TEL
FAX
医師名

予約日時 月 日 () 時 分

患者様情報	フリガナ	生年月日
	お名前	男・女 年 月 日 (歳)
	住所 〒	電話番号 - -

傷病名		撮影部位	
紹介目的	MRI (単純) 検査依頼 放射線科医師による読影を希望 (する ・ しない)		
経過	(症状・検査結果・治療・現在の処方・既往歴・家族歴等)		

検査予約票

氏名 _____ 様

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

○ 検査当日は予約時間の30分前に受付にお越し下さい。

○ 飲食について

- ☐ 腹部・MRCPの検査の方は6時間前(_____ 時 _____ 分)から
食事をしないで下さい。お茶・水・いつも飲んでいる薬は内服可。
- ☐ 食事・水分の制限はありません。

○ MRI室には金属や精密機器が持ち込めません。以下のものは検査前に
必ず外し、更衣室の鍵付きロッカーに入れていただきます。

- ・金属のついた着衣(チャック、ホック、ワイヤー)・機能性温感下着(ヒートテック等)
 - ・入れ歯・眼鏡・かつら/ウィッグ・アクセサリー・補聴器・時計
 - ・携帯電話・財布や鍵・磁気カード(クレジットカード、診察券、駐車券等)
 - ・貼付薬・カビやエレパン・置き針・ワイヤー入りマスク(布やノンワイヤーは可)

○ 検査当日はマスカラ・アイライン・アイシャドウ、カラーコンタクト、パウダー増毛剤
マグネットネイルや金属を用いたネイルアートはしないでお越し下さい。

○ MRI問診リストに該当する方で、検査が可能かどうかご不明な場合は
事前に治療を受けた施設にご確認下さい。

MRI 問診リスト

お名前 _____

MRI検査を安全に受けていただくため、下記の項目に該当する場合は、□に
し点を入れてください。

当院ではMRI対応機器でも検査できません！



- ☐ 心臓ペースメーカー
- ☐ 植え込み型除細動器(ICD)
- ☐ 神経伝達刺激装置
- ☐ 脳室-腹腔シャント(VPシャント)



- ☐ 人工内耳／中耳



- ☐ 体内金属
例：クリップ・ステント・ボルトなど
(部位： 時期：)
- ☐ 義肢
- ☐ ティッシュエキスパンダー
(乳房再建術)



- ☐ 義眼
- ☐ 過去に金属加工などの仕事に勤務した経験や、事故などで体内(特に眼)に金属片・粉が入っている人



- ☐ 刺青・タトゥー
(部位：)
- ☐ ネイルアート
(特にマグネットネイル)



- ☐ 美容整形手術などで埋め込まれた金糸
- ☐ アートメイク・永久アイライン



- ☐ 歯科用磁性インプラント
- ☐ インプラント
- ☐ 矯正器具



- ☐ 狭いところが苦手
- ☐ 30分～60分程度同じ姿勢を保つことが出来ない
- ☐ 妊娠中・妊娠の可能性
- ☐ 尿道カテーテル(DIBキャップ)
- ☐ 血糖持続測定器(リブレ等)

体内金属で[クリップ・ステント・フィルター]記入の方のみ 2週間経過してますか？ [はい ・ いいえ]

※ 問診リストに該当する方で、検査が可能かどうかご不明な場合は
事前に治療を受けた施設にご確認下さい。

MRI検査の問診内容の確認 記入日 年 月 日

上記について十分理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

署名

本人または代理人(続柄：)

身長 cm

体重 kg

安全上MR装置への入力が必要です。

※検査日の1週間以内にご記入をお願いします。

医師 _____