

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

MRI検査 問診票（単純検査用）

記載日： 年 月 日

ID：

様

(性別：) (年齢： 歳)

MRI検査を安全に行うため、下記の質問について正確にお答えください。（○で囲んでください。）

- | | | |
|---|----|-----|
| 1. 手術により、体内に以下の金属の植え込みがありますか。
「はい」の場合、ご使用のものに○印を付けてください。
〔ペースメーカー、植え込み型除細動器、人口内耳、神経刺激装置等、
脊柱管リード線、インシュリン注入ポンプ〕 | はい | いいえ |
| 2. 妊娠（特に初期）、もしくは妊娠している可能性がある | はい | いいえ |
| 3. 閉所恐怖症等、狭い場所が苦手である。 | はい | いいえ |
| 4. 入れ墨、アートメイクをしている。
⇒「はい」の場合、別の当会所定同意書が必要です。 | はい | いいえ |
| 5. 脳動脈瘤クリップがある（くも膜下出血の手術を受けた事がある）
⇒「はい」の場合、別の当会所定同意書が必要です。 | はい | いいえ |
| 6. 以下の金属の植え込みや使用がありますか
「はい」の場合、ご使用のものに○印を付けてください。
〔義眼、ステント、心臓機械弁、血管グラフト、静脈フィルター、
可変圧式バルブシャント（脳室シャント、VPシャント）、カラーコンタクト、
義歯、入れ歯（取り外し可、不可）、人工関節、
その他（ ）〕 | はい | いいえ |
| 7. 貼り薬（ニトロダームTTS・ニコチネルTTS等）を貼っている。 | はい | いいえ |

R3年2月改

診療情報提供書（検査依頼書）

令和 年 月 日

社会医療法人 頌徳会 日野病院
放射線課宛
〒599-8123 大阪府堺市東区北野田626番地
TEL：072-235-0090
FAX：072-234-1029

紹介元医療機関名：
所在地：
TEL：
FAX：
医師名：

フリガナ		性別	生 年 月 日
受診者氏名		男・女	年 月 日（ 歳）
住 所	〒	電 話 番 号	
検査予約日時	令和 年 月 日 午前・午後 時 分		

検査目的	
------	--

検査部位 ※当院では、単純のみの撮影となります。

（該当する項目に☑をお願いします。また（ ）内いずれかを○印で囲んでください。）

- 頭部MRI + 頭部MRA
- 頭部MRI + 頭部MRA + VS RAD(記銘力障害)
- 下垂体MRI
- 頸部MRA
- 頸部MRI
- 脊椎MRI (頸椎・胸椎・腰椎・仙尾骨)
- 腹部MRI (肝・胆のう・膵臓・MRCP・腎臓)
- 骨盤MRI (婦人科系・前立腺)
- 上肢MRI (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手指) 【右・左】
- 下肢MRI (両股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足趾) 【右・左】
- 下肢MRA
- その他 ()

-
- 頭部CT
 - 頸部CT
 - 胸部CT
 - 胸部CT + HRCT
 - 上腹部CT
 - 全腹部CT
 - 胸部～腹部CT
 - その他 ()