

MRI検査 問診票（単純検査用）

記載日： 年 月 日

ID：

様

（性別： ） （年齢： 歳） 身長（ ）

体重（ ）

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 いいえ

「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」の場合、当院では撮影することはできません。

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

⇒「はい」の場合、当院では撮影することはできません。

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 いいえ

⇒「はい」の場合、別の当会所定同意書が必要です。

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 いいえ

⇒「はい」の場合、別の当会所定同意書が必要です。

6. 以下の金属の植え込みや使用がありますか はい いいえ

「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（ ））

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

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 + VSRA D(記憶力障害)
- ☐ 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 |
| ☐ その他（ ） | ☐ 胸部～腹部CT |