

# 診療情報提供書(MRI 検査依頼書)

送付用

海老原総合病院

[貴医療機関情報]

記載日: 20 年 月 日

画像診断センター

担当先生御机下

名称  
診療科・主治医名  
電話番号・FAX 番号

## ■患者基本情報

フリガナ	フリガナは必ず記載をお願いします。	生年月日	大・昭・平・令
氏名	男・女	年 月 日 生	
住所		電話番号	

検査予定日 20 年 月 日 時 分

## ■検査目的(出来るだけ詳細に)

## ■検査部位 希望の項目を一つだけ○で囲んでください。

頭部(脳 眼窩 下垂体 アルツハイマー診断)	頸部(耳下腺 顎下腺 甲状腺)
胸部 腹部(肝臓 腎臓 脾臓 MRCP)	骨盤部(直腸 前立腺 子宮 卵巣)
椎体(頸椎 胸椎 腰椎 胸腰椎移行部)	軟部腫瘍(部位)
上肢 肩関節 肘関節 手関節(右・左・両方)	その他( )
下肢 股関節 膝関節 足関節(右・左・両方)	

## ■造影

有・無 (造影の場合は造影剤使用同意書への記載もお願いします。)

## ■患者診療情報

既往歴	現在の処方
ペースメーカー(有・無) 体重 Kg	
アレルギー	アレルギーの種類【飲み薬・注射・食べ物・その他( )】 □品名 □症状
造影剤副作用	有・無
腎機能	検査日: 年 月 日 (クレアチニン: , eGFR: )
eGFR<30 の場合は原則造影不可となります。また、過去3カ月以内の血液データでない場合は、当院で血液検査を行い、その結果後検査となります。その際は、血液検査の結果が出るまでの約45分お待ちいただくことになります。ご了承ください。	

読影結果が分かり次第、速やかな FAX での報告を(希望する・希望しない)

# 《 MRI 検査問診票 》

検査日 20 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

この問診票は、画像診断センター受付、もしくは看護師、または検査担当者にお渡してください。

MRI 検査を安全に行えますよう、以下の問診票記入にご記入下さい。

- 1) 今までに MRI 検査を受けたことがある。・・・はい (いつ頃: \_\_\_\_\_、部位 \_\_\_\_\_) ・いいえ
- 2) 体内に以下に該当する金属性装置等が体内に入っている。・・・はい・いいえ  
該当するものがあれば○で囲んでください。

・心臓ペースメーカー、 ・植込み型除細動器、 ・金属製の人工心臓弁、 ・脳動脈瘤クリップ、  
・人工内耳、 ・金属性義眼、 ・人工関節や人工骨頭、 ・金属製のプレート ・血管内金属ステント  
・事故やけが等による金属片や異物、 ・神経刺激装置、 ・骨成長刺激装置、  
・その他 ( \_\_\_\_\_ )

- 3) 2) で該当するものがあつた方で、その手術日や受傷した日はいつですか？  
T・S・H・R 年 月 日
- 4) 閉所恐怖症がある。・・・はい・いいえ
- 5) 磁石や金属製のブリッジで装着する入れ歯を使用している。・・・はい・いいえ
- 6) 補聴器をしている。・・・はい・いいえ
- 7) いれずみ、(タトゥー・眉・ネイルアートなど) がある。・・・はい・いいえ

女性の方へ

- 8) 現在、妊娠中である。・・・はい ( 週目 ) ・いいえ
- 9) 最終月経について・・・( 月 日 ~ 日間 ) : 閉経 ( 歳 )

以下の項目は造影 MRI をされる方のみお答えください。

- 1) 現在、下記の病気で、通院、または、治療中である。
  - ①心臓病・・・はい (具体的に: 狭心症、心筋梗塞、不整脈、その他 \_\_\_\_\_) ・いいえ
  - ②気管支喘息・・・はい (現在治療中・治癒・小児喘息 \_\_\_\_\_) ・いいえ
  - ③腎臓病・・・はい(腎不全)・透析中・その他 \_\_\_\_\_) ・いいえ
  - ④その他・・・(具体的に: \_\_\_\_\_)
- 2) アレルギーがある。・・・はい・いいえ
  - ①アレルギーありの場合、どのようなアレルギーですか。  
喘息・蕁麻疹・アレルギー性皮膚炎・花粉症・アレルギー性鼻炎・その他 ( \_\_\_\_\_ )
  - ②そのアレルギーに対して治療をされましたか?・・・はい・いいえ
- 3) 造影剤検査を受けたことがある・・・はい (CT・MRI・尿路造影・血管造影) ・いいえ
  - ①造影検査中、または、造影検査後に体調不良を生じたことがある。  
・・・はい (蕁麻疹・嘔気・嘔吐・血圧低下・その他 \_\_\_\_\_) ・いいえ

女性の方へ

- 4) 現在、授乳中である。・・・はい・いいえ

# MRI 造影剤使用同意書(院外依頼用)

検査日：20 年 月 日

海老原総合病院 病院長 宛て

私は、検査に際し造影剤を使用することについて、担当医師から別紙の造影検査説明を受け、造影剤の必要性や副作用に十分理解した上で、これを投与されることに

(  同意します /  同意しません )

※同意された場合でも撤回する事ができます。

20 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

緊急連絡先 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ (電話： \_\_\_\_\_)

説明医 \_\_\_\_\_