

## 紹介患者検査予約申込書

年 月 日

〒731-5156

広島市佐伯区倉重1丁目95番地

五日市記念病院

TEL (082) 924-2213 (画像診断技術科)

(082) 924-2343 (地域医療連携室)

**FAX (082) 924-2215**

紹介元医療機関の

所在地及び名称

電話番号 ( ) -

FAX 番号 ( ) -

医師氏名

## 管理番号

氏名 (イニシャルで記入 姓・名) ・ 様	男・女	生年月日	M・T・S・H
TEL あれば携帯も	( ) ( )	- -	
検査名	CT ・ MRI	造影の有無	無 ・ 有 ・ 当院へ一任
検査部位			
冠動脈 CT 予約時 記入項目	β-遮断剤(セロケン錠 20mg)の使用		可 ・ 不可
	短時間作用型β1選択的遮断剤(コアベータ静注用 12.5mg)の使用		可 ・ 不可
	ニトログリセリン製剤(ニトロペン舌下錠)の使用		可 ・ 不可
当院での結果説明	不要 ・ 要	診察医指定の有無	無 ・ ( ) 医師
最近の血液検査の 結果 (検査してあれば)	クレアチニン	mg/dL (検査日 )	
	eGFR(糸球体ろ過量)	mL/min/1.73 m <sup>2</sup> (検査日 )	
薬剤・造影剤などの アレルギーの有無			
ビグアナイド系糖尿病 薬の服用の有無	無 ・ 有 : 薬剤名 ( )		

## お願い

➤来院の際は必ず保険証を持参していただくよう患者様へのご案内をお願いします。

検査日時 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

## MRI検査を受けられる方へ

患者ID

患者氏名

様

検査日

検査当日は、予約時間の30分前に来院され、受付を済ませてお待ちください。

- ・ 検査は予約となっておりますので、遅れないよう到来院してください。
- ・ ご都合により来院できない場合は、早めにご連絡ください。  
(検査の予約・変更は午後2時以降に電話でお願いします。)
- ・ 検査の都合などで、検査の開始及び終了時間が多少前後する場合がありますのでご了承ください。

## 〈気を付けて頂きたいこと〉

MRIは強力な磁気を利用して体の断面を撮影する機械です。

検査中は大きな音がしますが、心配はいりません。

MRI室内は常に強い磁場が発生しているため、金属類が急激に引き込まれ、飛んで行く可能性があります。大変危険です。患者様本人に当たって怪我をしたり、火傷を負ったり、機械を破損する恐れがある為下記の物は絶対に持ち込まないで下さい。



非MRI対応  
脳動脈瘤クリップ



ペースメーカー



金属物:  
安全ピン、ヘアピン



金属物:  
ハサミ、鍵



磁気記録媒体:  
クレジット・キャッシュカード



電子機器:  
時計、計算機

- ・ 心臓にペースメーカーを埋め込んでいる方は、ペースメーカーが誤作動、停止する可能性があるため入室禁止です。その他、手術等で体内に金属が入っている場合、検査ができない事もあります。
- ・ 妊娠中の胎児に対する安全性は確認されていません。妊娠中又はその可能性がある方は必ずお知らせ下さい。

- ・ 検査前の食事は腹部検査の方以外は普通にされてかまいません。
- ・ 検査時間は20分～1時間位です。検査の結果は医師から説明致します。
- ・ できるだけ金属の付いていない衣類を着用して来院して下さい。
- ・ マスカラ、アイシャドー等は火傷の原因になる可能性がある為、つけないようにお願いします。
- ・ 刺青は火傷・変色の可能性があります。必ず担当技師にお知らせ下さい。

検査について質問等がありましたら、担当医師・看護師・担当技師にお尋ね下さい。

検査日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ :

様

## MRI検査前金属チェックリスト

**チェック表は必ず検査前にMRI担当者に提出してください。**

医師チェック項目	あり	なし	技師チェック
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工内耳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工弁 (心臓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
手術歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(いつ?                      手術部位は?                      )			
日付: _____	医師名: _____		

※「MRI検査について」の記載内容をご理解・承諾の上、  
下記の項目にチェック後、署名をお願いします。

	あり	なし	
妊娠中・妊娠の可能性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
補聴器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
可動性義眼 (磁力で装着する義眼)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入れ歯・はずせる歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
義肢・義足・装具	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
コルセット・サポーター	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シップ・エレキバン・ホッカイロ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ニコチンパッチ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ヘアピン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
指輪・ネックレス・ピアス (イヤリング)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ベルト・時計	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
カラーコンタクト・めがね	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
財布 (小銭・カード類・通帳) ・鍵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
携帯電話	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
刺青	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
かつら	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アイシャドー・マスカラ・アイライン	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

当日持参された金属類はロッカーでお預かりします。

技師名・日付

検査を行う上で危険と判断された場合は検査ができないことがあります。

検査を受けられる方の署名:

(代筆者)