

## MRI検査依頼書《予約票》

患者様用

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック  
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 \_\_\_\_\_

科・医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

来院予定日時	年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日 明・大 年 月 日生 昭・平
患者様お名前	様		
患者様ご住所	〒 -		電話番号 (自宅) ( ) - (携帯)

## 注意事項

## 1. 当日持参いただくもの

- ・MRI検査依頼《予約票》 ・紹介状 (MRI検査問診票・MRI検査依頼書)
- ・画像データ (フィルム・CDなど 主治医より指示があった分)
- ・保険証 ・各種受給証

造影検査を受ける方のみ 採血結果があれば(3ヶ月以内のもの)

- ・検査費用 (クレジットカードはご利用頂けません)

## 2. 食事制限

腹部・骨盤撮影および造影検査の方	検査4時間前から絶食。水・お茶なら飲水可能。
上記以外の方	食事・飲水制限はありません。

## 3. 服装について。

金属の付いている下着・服や発熱性・保温性のある下着や肌着(ヒートテックなど)を着用されている方は検査時更衣していただきますので、ご了承下さい。

## 4. 検査当日は、時間に十分余裕を持ってお越し下さい。

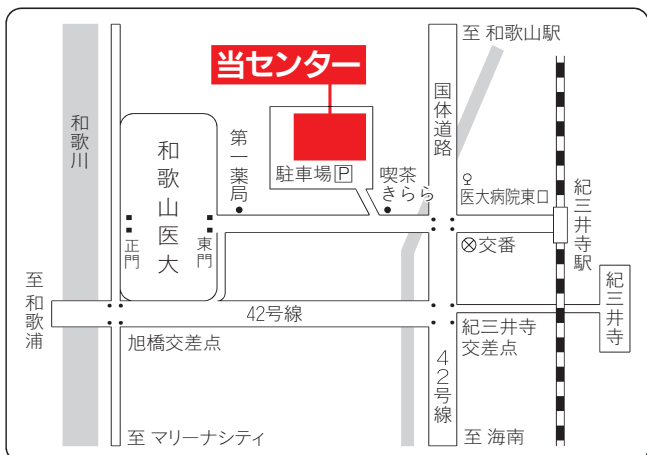
なお、当日来院出来ない場合は、必ずお早めに下記のところまでご連絡下さい。

検査の内容によっては、予約時間どおりにいかない場合がございますが、ご了承下さい。

MRI検査予約票の1枚目、3枚目は依頼医師がお書き下さい。

MRI検査問診票(2枚目)は、検査を受けられる患者様がよくお読みになり、ご署名お願い致します。

造影検査をご希望の場合は、(造影剤使用に関する説明および同意書)もご記入下さい。



## 和歌山画像診断センター

医療法人 昭陽会 和歌山南放射線科クリニック

〒641-0012 和歌山市紀三井寺870-2

TEL 073-447-3300

FAX 073-447-3636



当施設地図



ホームページ

※撮像に関する特別なご指示は、お手数ではございますが、直接MRI担当技師宛ご連絡下さい。

## MRI検査問診票

患者様用

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック  
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 \_\_\_\_\_

科・医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

来院予定日時	年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日 明・大 昭・平 年 月 日生
患者様お名前	様		
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(自宅) ( ) - (携帯)

禁 忌	※心臓ペースメーカー(3テスラ対応を含む)を装着しておられる方は、検査を受けることが出来ません。 透析をしている患者様は造影MRIの検査を受けることが出来ません。(SPIO除く)		
検査時の注意事項	・検査時には、検査着に着替えていただきます。 ・携帯電話、腕時計、磁気カード(定期券、キャッシュカード、テレホンカード等)その他金属製品は、持ち込めませんので、着替えの際ロッカーにお預け下さい。 ・カラーコンタクトレンズ、エレキバン、使い捨てカイロ、中国針は前もって外しておいて下さい。 ・検査前にアイシャドウ等の化粧は洗い落としておいて下さい。(金属製色素を含むため)		
問 診 票	以下の項目に該当するものに□内にチェックをおつけ下さい。 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工内耳などの体内への金属類埋め込み <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 手術等による体内への金属類の埋め込み <input type="checkbox"/> 身体に貼る心臓薬 <input type="checkbox"/> 動脈瘤などのクリップ・金属メッシュ <input type="checkbox"/> 義眼・カラーコンタクトレンズ <input type="checkbox"/> ステント・塞栓用コイル <input type="checkbox"/> 避妊リング <input type="checkbox"/> シャントポンプ <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> アートメイク(眉やアイラインなど) <input type="checkbox"/> 歯科インプラント <input type="checkbox"/> 入墨(部位: ) <input type="checkbox"/> 銃弾破片や金属片 <input type="checkbox"/> 針治療の針 <input type="checkbox"/> 妊娠、あるいは妊娠の可能性 <input type="checkbox"/> 増毛パウダー <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 <input type="checkbox"/> 上記全て該当事項ありません。		
※過去にMRI検査を受けたことがある。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		体 重	( ) kg
上記に相違ありません。			
記入日:	年 月 日	ご署名:	代理人(続柄 )

検査当日、この用紙を受付に提出下さい。

## MRI検査依頼書 《診療情報提供書》

紹介医療機関様控

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック  
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 \_\_\_\_\_

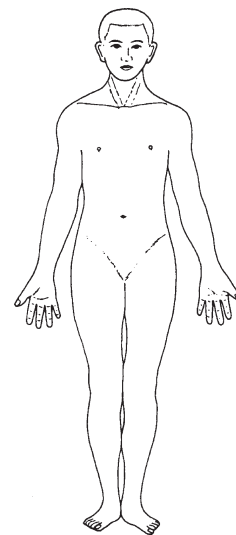
科・医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

来院予定日時	年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日 明・大 年 月 日生 昭・平
患者様お名前	様		
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(自宅) ( ) - (携帯)

※下記の事項について、依頼医師がご記入下さい。

臨床診断		所見	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (通常の約一週間後で可) <input type="checkbox"/> 至急 (返却希望日) 月 日
臨床経過 検査目的		画像	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム
撮像手技	ルーチン撮影・その他〔 〕	具体的な範囲がありましたら 下記にご記入下さい。	
撮影部位	頭部	大脳～小脳・ウィリス動脈輪・その他〔 〕	
	頸部		
	心臓	単純：冠動脈形態評価 ・ Cine (壁運動評価)	
		造影：Cine+Viability (心筋評価) ・ 心筋負荷評価 (無・有)	
	胸部	乳房・肺・縦隔・その他〔 〕	
	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎・仙骨・腰椎神経根撮影	
	腹部	肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・MRCP・その他〔 〕	
	骨盤腔	子宮・卵巣・前立腺・膀胱・その他〔 〕	
	関節	〔 〕 関節	
四肢	〔 〕		
血管	〔 〕 動脈・静脈		
造影剤	不要・要 <input type="checkbox"/> ガドリニウム (細胞外液性) <input type="checkbox"/> EOBプリモビスト (肝細胞特異性) <input type="checkbox"/> SPIO (肝・網内系特異性)		
	血清クレアチニン： mg/dl (採血日) 年 月 日 (造影検査は、必ずご記入下さい。)		
検査に必要な 確認事項	心臓ペースメーカー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は、検査禁忌)		
	患者の状態： <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	感染症： <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV		
	手術歴： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
	アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
義歯以外の体内金属： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			



## MRI検査依頼書 《診療情報提供書》

和歌山画像診断センター

医療法人昭陽会 和歌山南放射線科クリニック  
和歌山画像診断センター 担当医 殿

年 月 日

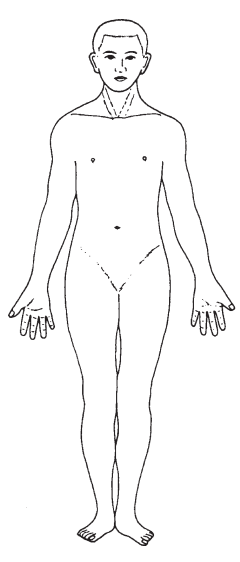
下記の患者様を紹介します。

医療機関の所在地及び名称 \_\_\_\_\_

科・医師名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

来院予定日時	年 月 日	午前 午後	時 分
ふりがな		男・女	生年月日 明・大 年 月 日生 昭・平
患者様お名前	様		
患者様ご住所	〒 -	電話番号	(自宅) ( ) - (携帯)

臨床診断		所見	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 (通常の約一週間後で可) <input type="checkbox"/> 至急 (返却希望日) 月 日	
臨床経過 検査目的		画像	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	
撮像手技	ルーチン撮影・その他〔 〕	具体的な範囲がありましたら 下記にご記入下さい。		
撮影部位	頭部	大脳～小脳・ウィリス動脈輪・その他〔 〕		
	頸部			
	心臓	単純：冠動脈形態評価		・ Cine (壁運動評価)
		造影：Cine+Viability (心筋評価)・心筋負荷評価 (無・有)		
	胸部	乳房・肺・縦隔・その他〔 〕		
	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎・仙骨・腰椎神経根撮影		
	腹部	肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・MRCP・その他〔 〕		
	骨盤腔	子宮・卵巣・前立腺・膀胱・その他〔 〕		
	関節	〔 〕 関節		
四肢	〔 〕			
血管	〔 〕 動脈・静脈			
造影剤	不要・要	<input type="checkbox"/> ガドリニウム (細胞外液性) <input type="checkbox"/> EOBプリモビスト (肝細胞特異性) <input type="checkbox"/> SPIO (肝・網内系特異性)		
	血清クレアチニン：	mg/dl (採血日) 年 月 日 (造影検査は、必ずご記入下さい。)		
検査に必要な 確認事項	心臓ペースメーカー：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は、検査禁忌)		
	患者の状態：	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
	感染症：	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV		
	手術歴：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
	アレルギー：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
	義歯以外の体内金属：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )		