

# MRI 検査依頼票

(診療情報提供)



都立大石森脳神経外科  
FAX 03-3725-0162

TEL 03-3725-0177 〒152-0023 目黒区八雲 1-5-5 1F

ふりがな 氏名	..... 様 男・女	予約日時 第一希望 平成 年 月 日 ( ) 来院時間 午前・午後 時 分 第二希望 平成 年 月 日 ( ) 来院時間 午前・午後 時 分
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	依頼元医療機関 / 診療科名 / 担当医様
連絡先	携帯電話 - - ☎ ( ) 自宅・勤務先	
E.mail	@	貴院電話番号 ( )

事前に確認をお願い致します。

心臓 <sup>h</sup> -スーマー	無・有	体内金属・体内留置物 無・有 (動脈瘤クリップ、ステント コイル、人工骨頭など) 有の場合	その他
人工内耳・神経刺激装置	無・有		①妊娠 無・有 ②入れ墨 無・有 ③閉所恐怖症 無・有 ④カーソク外・ホカロ 無・有
有の場合、MRI 検査は出来ません		①手術時期 ( 年 月ごろ) ②留置部位 ( 部位)	

※当院では造影 MRI の検査は基本的には行っておりませんが、必要な場合はご連絡をして頂き、直接医師とご相談下さい。

臨床診断 / 検査目的 / 検査部位

腎障害 (無・有) BUN ( mg/dl) クレアチニン ( mg/dl)

検査部位 (検査 1 回につき 1 部位とさせていただきます)

頭頸心臓部	脊髄系・その他	四肢末梢	胸腹 / 骨盤
<input type="checkbox"/> 頭部 MRI・MRA <input type="checkbox"/> 頭部 MRI/MRA <input type="checkbox"/> 頸動脈 MRA を含みます	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 (右) <input type="checkbox"/> 肩関節 (左)	<input type="checkbox"/> 腹部大動脈 MRA <input type="checkbox"/> 腎動脈 MRA
<input type="checkbox"/> 頸動脈 MRA のみ	<input type="checkbox"/> 腰椎 / 仙椎	<input type="checkbox"/> 手関節 (右)	<input type="checkbox"/> 縦隔
<input type="checkbox"/> 咽頭喉頭 / 甲状腺	<input type="checkbox"/> MRI/CT (部位 )	<input type="checkbox"/> 手関節 (左)	<input type="checkbox"/> 肝臓
<input type="checkbox"/> トルコ鞍近傍	<input type="checkbox"/> 上肢 / 下肢動脈 MRA	<input type="checkbox"/> 膝関節 (右)	<input type="checkbox"/> 脾臓
<input type="checkbox"/> 大動脈弓部 MRA	<input type="checkbox"/> 上肢 / 下肢静脈 MRA	<input type="checkbox"/> 膝関節 (左)	<input type="checkbox"/> 腎臓
<input type="checkbox"/> 心臓 MRI			<input type="checkbox"/> 子宮卵巣 / 膀胱前立腺

※送付方法は通常患者様にお持ち帰りして頂いております。混雑のため郵送となることもあります。ご了承ください。読影レポートの必要な場合はチェックをお願い致します。読影レポート有・無

# ★都立大石森脳神経外科 患者様用 MRI 問診票・同意書★

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 才 性別 男性・女性 身長/体重 \_\_\_\_\_ cm / \_\_\_\_\_ kg

- MRI 検査は磁場と電磁波を利用し、身体の断層像や血管像を撮影する検査です。比較的大きな音がしますが撮影に必要なものなのでご了承下さい。MRI 検査は放射線被曝の無い、寝ているだけの安全な検査と言われています。しかし、手術等により体内に機械や金属が存在する場合、それらの移動や発熱の可能性があり、不慮の事故が起こる恐れがあります。検査を安全に行うために下記の質問にお答え下さい。
- 下記の質問 ①～③に該当する方は MRI 検査禁忌です。
- 重度の閉所恐怖症や痛みなどで静止していることが困難な場合は検査が行えない場合があります。所要時間 20～30 分間
- 撮影中、体を動かしてしまうと画像がブレて、診断が困難になる場合がありますので、動かないようお願い致します。この問診票は、検査を受けられる患者様がご記入下さい。

① 心臓ペースメーカー の埋め込みはありますか？	有	無
② 人工内耳、神経刺激装置はありますか？	有	無
③ 閉所恐怖症等の精神的な問題はありますか？	有	無
④ 呼吸障害はありますか？	有	無
⑤ 外傷、手術等で体内金属の埋め込みはありますか？	有	無

『あり』の場合、部位や材質によっては、検査が出来ないこともございます。下記への記入をお願い致します。

● **金属は体内のどの部位に入っていますか・・・？**

(例：頭、首、ひざなど) \_\_\_\_\_

● **その金属の材質は・・・？**      ● **時期はいつごろですか・・・？**

(例：チタンなど) \_\_\_\_\_

安全に検査を受けて頂くため、不明な場合は事前に手術を受けた病院での確認をお願い致します。

## 注 意

**以下のものは、MRI 検査室には持ち込む事は出来ません。**

- 金属類 (時計・メガネ・ライター・ヘアピン・鍵・アクセサリなど)
- 磁気カード (キャッシュカード・クレジットカード・定期券・テレホンカードなど)
- その他 (補聴器・カイロ・ベルト・エレキバン・金属の付いた下着・入れ歯・カラーコンタクト (通常のコンタクトは問題ありません)・義歯 (歯列矯正金具は検査に支障を来す恐れがあります))

その他、狭いところが苦手な方や不安の方は、何なりとスタッフにお申し出下さい。