

検査希望日		検査日		<h1>MRI</h1> <h2>検査依頼票</h2>
平成	年 月 日 ()	平成	年 月 日 ()	
平成	年 月 日 ()			
平成	年 月 日 ()	午前・午後	時 分	

フリガナ		男・女	貴院名	指示医師名	
被検者氏名					
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 : 年令 歳		住所	TEL	
保 険	主 保 険 記 号	社保・国保・その他 番 号	本人・家族	保険者番号 被保険者氏名	
	公費種類	乳児・子供・障害・母子・傷・高齢-老人(割)・特定・他(
	負担者番号		受給者番号		
	* 保険証コピーをFAXでいただく場合は、保険欄の記入は不要です。				

豊田地域医療センター カルテNo. 太枠内の記入をお願いします。

検査目的	1. スクリーニング検査 ・ 2. 経過観察 ・ 3. 精密検査 ・ 4. 他 ()
	① 頭部〔脳全般・脳幹・MRA〕 ② 顔面・副鼻腔・眼窩〔 〕 ③ 頸部〔 〕 ④ 脊椎・脊髄〔頸・胸・腰・仙〕 ⑤ 縦隔 ⑥ 心・大血管〔胸・腹〕 ⑦ 上腹部〔肝・胆・膵・腎〕 ⑧ MRCP ⑨ 骨盤部 ⑩ 関節〔(右・左)肩・股・膝〕 ⑪ その他関節〔(右・左): 〕 ⑫ その他〔 〕
臨床診断	〔 疑 ・ 確 〕
診療情報	
同部位の前回検査	〔 無 ・ 有 (CT ・ MRI 年 月 日) 〕
造影検査	〔 必要 ・ 不要 ・ 禁忌 〕
体重	〔 kg 〕 感染症〔 無 ・ 有 () 〕

鎮痙剤(- ・ +)	ブスコパン 1A	ゲルカゴンG・ノボ 1V
ID	Film枚数 枚	(MIP ・ 3-D ・ Dynamic) Copy (有 ・ 無)
造影剤名	(ml)	技師名

検査希望日		検査日		<h1>MRI</h1> <h2>検査前チェックリスト</h2>
平成	年 月 日 ()	平成	年 月 日 ()	
平成	年 月 日 ()			
平成	年 月 日 ()	午前・午後	時 分	

フリガナ		男・女	貴院名	医師名
被検者氏名				
生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日 : 年令 歳		住所	TEL

MRI検査を安全且つ効率良く行うために下記の事項を確認して下さい。

注意: MRI検査依頼票と一緒に提出して下さい。

1. 絶対禁忌(有の場合は検査できません。) 有・無

ペースメーカー、体内神経刺激装置、骨成長刺激装置、体内自動除細動器、体内埋込型のインシュリンポンプ、人工内耳・中耳、磁石式的人工肛門

2. 手術歴(有の場合は全て下記に記入して下さい。) 有・無

年 月 日 術式

3. 体内金属(有の場合は○で囲み、材質等を下に記入して下さい。) 有・無

脳動脈瘤クリップ、人工弁、骨固定金属、人工関節、手術用ペッツ、リザーバー、血管や管腔臓器内の金属(フィルター、ステント、コイルなど)、子宮内金属、歯内補填物、義歯・義眼(磁石式も含む)、外傷などによる体内異物(弾丸、金属片等)

材質、磁性、装着部位など、わかる範囲で記入して下さい。

4. 眼窩内に金属片が入った経験(その後の処置に係らず) 有・無

5. その他

・MRI検査歴----- 有・無

・長時間静止----- 不可・可

・閉所恐怖症----- 有・無

・妊娠(週)または妊娠の疑----- 有・無

・入れ墨(変色することもあります。)----- 有・無

・備考[]

上記を確認しました。

年 月 日 依頼医師署名

造影検査問診票

以下の質問にお答えください。

- アレルギー体質と言われたことやアレルギー性の病気にかかったことがありますか。
「いいえ」 「はい」
・気管支ぜんそく ・アレルギー性鼻炎
・発疹 ・じんましん
・その他 ()
- 今までに薬や食べ物で発疹が出たことがありますか。
「いいえ」 「はい」
・薬 () ・食べ物 ()
- 腎臓の機能が悪いと言われたことがありますか。
「いいえ」 「はい」
- 甲状腺疾患にかかったことがありますか。(MRIの造影検査は除く)
「いいえ」 「はい」
・甲状腺機能亢進症
・その他 ()
- 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか。
(MRIの造影検査は除く)
「いいえ」 「はい」
・CT ・MRI ・血管造影
・尿路造影(DIP) ・胆のう造影(DICなど)
・その他 ()

※「はい」と答えた方へ

その時何らかの副作用がありましたか。

- 「いいえ」 「はい」
- ・吐き気 ・嘔吐 ・発疹
 - ・かゆみ ・くしゃみ ・呼吸困難
 - ・その他 ()

主治医から造影検査の説明を受け診断や治療に必要な検査であることを理解して
いただいて検査を受けることに同意されますか。

「はい」

「いいえ」

平成 年 月 日

氏名 (自署)

(あるいは代理人氏名

注) 必ずお読みください。

造影検査終了後は十分な水分(お茶等)をとってください。また、ごくまれに検査
が終わって数時間から数日間に「発疹」「悪心」「発熱」等が出ることがあります。
そのような場合はすぐに来院されるか電話での連絡をお願いします。

