

診療情報提供書(MR検査依頼書)

年 月 日

医療法人財団 康生会

梶井町放射線診断科クリニック 担当医 宛

紹介元医療機関名

連絡が取れる電話番号(内線番号・PHSなど)

診療科 ・ 医師名

印 () -

予約日時	年 月 日 (曜日)	時	分
-------------	-------------	----------	----------

ふりがな 氏名	貴院ID:				
性別 男 ・ 女	様				
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)					
住所 (〒 -)					
電話番号(連絡の取れる所・携帯): - -					
検査部位	注:検査枠の都合上、撮像シーケンスの調整を行うことがあります。				
<input type="checkbox"/> 脳MRIのみ <input type="checkbox"/> 脳MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頭部MRI(下垂体・内耳・他) <input type="checkbox"/> 脳MRI+頭頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部(部位: <input type="checkbox"/> 心機能形態 <input type="checkbox"/> 乳腺(右・左・両側)	<input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆膵MRCP) <input type="checkbox"/> 上腹部(腎・副腎・他) <input type="checkbox"/> 骨盤部(前立腺・他) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節(右・左) <input type="checkbox"/> 手関節(右・左・両側)				
<input type="checkbox"/> 股関節(右・左・両側) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左・両側) <input type="checkbox"/> 足関節(右・左・両側) <input type="checkbox"/> MRA(部位: <input type="checkbox"/> その他 ()					
臨床診断・経過・依頼情報	次回診察日時: ___/___/___:___ <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">造影</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 不要</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 要</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 一任</td> </tr> </table>	造影	<input type="checkbox"/> 不要	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 一任
造影					
<input type="checkbox"/> 不要					
<input type="checkbox"/> 要					
<input type="checkbox"/> 一任					
チェック項目					
① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、人工内耳、MRI非対応の人工弁や動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> あり → MRI検査を実施することはできません。 <input type="checkbox"/> なし					
② スtent挿入後、2ヶ月以内である。 <input type="checkbox"/> はい → 電話でご相談ください。 <input type="checkbox"/> いいえ					
③ 現在、妊娠中である。 <input type="checkbox"/> はい → 電話でご相談ください。 <input type="checkbox"/> いいえ					
④ その他体内金属を装着している。 <input type="checkbox"/> はい → 当日詳細問診をおこないます。 <input type="checkbox"/> いいえ					
⑤ MRI造影剤に対してアレルギー歴がある。 <input type="checkbox"/> はい → 造影はできません。 <input type="checkbox"/> いいえ					
⑥ ぜんそくの治療中あるいは過去5年間に治療をうけたことがある。 <input type="checkbox"/> はい → 造影はできません。 <input type="checkbox"/> いいえ					
⑦ 腎機能障害(目安は血清Cre値1.5mg/mL以上)がある。 <input type="checkbox"/> はい → 原則として造影はできません。 <input type="checkbox"/> いいえ					
参照用画像フィルム・データの持参	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し				
ご希望検査結果返送媒体	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R(DICOM) <input type="checkbox"/> フィルム+CD-R				
レポート返送	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 至急FAX要 (FAX番号:)				

診療情報提供書(MR検査依頼書)

年 月 日

医療法人財団 康生会

梶井町放射線診断科クリニック 担当医 宛

紹介元医療機関名

連絡が取れる電話番号(内線番号・PHSなど)

診療科 ・ 医師名

印 () -

予約日時	年 月 日 (曜日)	時	分
-------------	-------------	----------	----------

ふりがな 氏名	貴院ID:
性別 男 ・ 女	様
生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)	
住所 (〒 -)	
電話番号(連絡の取れる所・携帯): - -	
検査部位	注:検査枠の都合上、撮像シーケンスの調整を行うことがあります。
<input type="checkbox"/> 脳MRIのみ <input type="checkbox"/> 脳MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頭部MRI(下垂体・内耳・他) <input type="checkbox"/> 脳MRI+頭頸部MRA <input type="checkbox"/> 頸部(部位: <input type="checkbox"/> 心機能形態 <input type="checkbox"/> 乳腺(右・左・両側)	<input type="checkbox"/> 上腹部(肝・胆膵MRCP) <input type="checkbox"/> 上腹部(腎・副腎・他) <input type="checkbox"/> 骨盤部(前立腺・他) <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 肩関節(右・左) <input type="checkbox"/> 肘関節(右・左) <input type="checkbox"/> 手関節(右・左・両側)
<input type="checkbox"/> 股関節(右・左・両側) <input type="checkbox"/> 膝関節(右・左・両側) <input type="checkbox"/> 足関節(右・左・両側) <input type="checkbox"/> MRA(部位: <input type="checkbox"/> その他 ()	
臨床診断・経過・依頼情報	次回診察日時: ___/___/___:___
	造影 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 一任
チェック項目	
① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、人工内耳、MRI非対応の人工弁や動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> あり → MRI検査を実施することはできません。 <input type="checkbox"/> なし	
② スtent挿入後、2ヶ月以内である。 <input type="checkbox"/> はい → 電話でご相談ください。 <input type="checkbox"/> いいえ	
③ 現在、妊娠中である。 <input type="checkbox"/> はい → 電話でご相談ください。 <input type="checkbox"/> いいえ	
④ その他体内金属を装着している。 <input type="checkbox"/> はい → 当日詳細問診をおこないます。 <input type="checkbox"/> いいえ	
⑤ MRI造影剤に対してアレルギー歴がある。 <input type="checkbox"/> はい → 造影はできません。 <input type="checkbox"/> いいえ	
⑥ ぜんそくの治療中あるいは過去5年間に治療をうけたことがある。 <input type="checkbox"/> はい → 造影はできません。 <input type="checkbox"/> いいえ	
⑦ 腎機能障害(目安は血清Cre値1.5mg/mL以上)がある。 <input type="checkbox"/> はい → 原則として造影はできません。 <input type="checkbox"/> いいえ	
参照用画像フィルム・データの持参	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
ご希望検査結果返送媒体	<input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R(DICOM) <input type="checkbox"/> フィルム+CD-R
レポート返送	<input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 至急FAX要 (FAX番号:)

MR検査予約表

検査当日は予約時刻の30分前までに
梶井町放射線診断科クリニック 受付までお越し下さい。

MR検査は磁石を利用した画像診断装置です。
放射線被ばくや痛みが無く、人体内部の臓器や病気を診ることができます。

予約日時	年	月	日 (曜日)	時	分
------	---	---	----------	---	---

患者様情報		貴院ID:
ふりがな	氏名	様 性別 男・女
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年 月 日 (歳)

当日ご持参いただくもの

- MR検査予約表(本紙)
- 主治医から預かった書類、フィルム
- 健康保険証・各種受給証 【※他施設で提出済でも、必ずご持参下さい。】

検査の注意事項

※より良い検査結果を得るために、下記の注意事項にご協力下さい。

◎検査時間

- ・この用紙を予約時間の30分前までに受付にお出し下さい。
- ・予約日時に来院出来ない場合は、なるべく早く **075-950-5751** までご連絡下さい。
- ・検査時間は部位により異なりますが、20～60分位かかります。

◎当日の諸注意

- ・腹部の検査の方は、単純・造影に関わらず、**検査前4時間は絶食**して下さい。(飲水は可)
- ・膀胱(ぼうこう)の検査の方は、検査2時間前の排尿はお避けください。
- ・コンタクトレンズははずして頂きますので、ケースをご持参ください。
- ・マスカラやアイラインは撮影に影響する可能性がありますので控えて下さい。
- ・検査の都合により予約時間が若干遅れる事がありますのでご了承ください。

◎造影について

検査内容により造影剤という血管や臓器を明瞭に撮影する為の薬を使用しますが、副作用でまれに、かゆみ、じんましんなどがでる場合があります。また、ごく稀ですが、強い症状が出ることもあります。その際には副作用に応じて必要と判断した処置を実施いたします。

◎閉所恐怖症について

MRI撮像時は、狭い筒状の機械の中に入りますので、不安のある方は主治医の先生にご相談下さい。



医療法人財団 康生会

メディカルイメージングセンター

梶井町放射線診断科クリニック

〒602-0841 京都市上京区御車道通清和院口上る梶井町457番地
TEL:075-950-5751 FAX:075-950-5753 予約PHS:070-6507-8988