

社会保険 直方病院 MRI 検査 申込用紙

TEL 0949-22-1215 FAX 0949-24-1302

ご紹介医療機関
医療機関名
医師名
電話番号

患者情報
氏名
生年月日 明 大 昭 平 年 月 日
性別 男 女

検査予定日	年	月	日	時	分
-------	---	---	---	---	---

当てはまる項目に"○"して下さい	検査の際に必要なとなりますので、記入して下さい
妊娠(+/-未検査) HBV(+/-未検査) HCV(+/-未検査) MRSA(+/-未検査) HIV(+/-未検査) その他()	身長 体重 cm kg

撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純	Cr値	mg/dl	BUN値	mg/dl
	<input type="checkbox"/> 造影 造影検査の場合は、Cr、BUN数値を記入して下さい				

撮影部位	頭部	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA <input type="checkbox"/> 頭部+VSRAD	通常撮影以外の指示 具体的に部位等の撮影内容を記入して下さい
	頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部MRA	
	胸部	<input type="checkbox"/> 肺 <input type="checkbox"/> 縦隔	
	腹部	<input type="checkbox"/> 腹部 (肝・胆・膵・脾・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (膀胱・子宮・卵巣・前立腺)	
	脊椎 骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨 <input type="checkbox"/> 骨盤	
	四肢	右 / 左 <input type="checkbox"/> 上肢 (肩関節・肘関節・手関節・手部) <input type="checkbox"/> 下肢 (股関節・膝関節・足関節・足部)	
	その他	<input type="checkbox"/> MRCP	

検査目的

今回の検査について患者様に同意を得られていますか？ <input type="checkbox"/> はい 同意されています
※直方病院の問診内容によっては、検査内容が変更又は中止することがあります

・検査当日は、この申込用紙を総合受付まで持ってきて下さい。

MRI・MRCP検査 説明書

MRI検査とは、トンネル状の磁石の中に入って行う検査です。通常、上を向いた状態(仰向け)で検査を行います(検査内容によって異なります)。検査中に大きな音がありますが、これは装置の性質上のもので痛みを伴うことはありません。また、磁気と電波を使用して検査を行いますので、放射線による被ばくはありません。MRI検査を安心して受けていただくための注意事項をご説明致します。

《注意事項》

1. 検査当日は食事をしていただいて構いません。ただし、医師からの指示があった場合は食事を控えていただく場合があります。
2. 服用中のお薬は、医師からの指示がない限り通常どおり服用してください。
3. 検査室内への金属類の持ち込みは厳禁となっています。
例) ヘアアクセサリー(ヘアピン、かつら)、眼鏡、コンタクトレンズ、義眼、補聴器、
装飾品(イヤリング、ピアス、ネックレス)、入れ歯(取り外し可能な義歯)、
下着(ブラジャー、スリッパ、ガードル)、時計、指輪、カギ、ライター、携帯電話、
財布(硬貨、定期券、キャッシュカード、テレホンカード)、使い捨てカイロ、湿布、
ピップエレキバンなど

※ 化粧品の中には微量に金属成分を含んでいるものもあるため、検査内容によっては化粧を落としていただく場合もあります。

4. 次のような方は検査ができない場合もありますので、必ず事前にお知らせください。
 - ◇ 手術を受けられた方で、脳動脈瘤クリップや人工関節などの金属が体内にある方
 - ◇ 仰向けの姿勢が取れない方
 - ◇ 刺青、アートメイク(タトゥー)をされている方(火傷の可能性があるため)
 - ◇ 狭い所、暗い所が苦手な方
 - ◇ 現在妊娠している、またはその可能性がある方
5. 検査時間は目的や検査部位により異なりますが、通常30分くらいです。
6. 検査中は体を動かさないようにしてください。
7. 検査中に気分が悪くなった時などは、検査開始時にブザーをお渡ししますのでブザーにてお知らせください。
8. 検査予約時間を厳守するよう最大限の努力をしておりますが、緊急検査や装置の事情により、検査が遅れることや、順番が前後することがあります。あらかじめご了承ください。

ご不明な点がございましたら、主治医または看護師・検査を担当する放射線技師にお尋ねください。

年 月 日 時に上記のとおり説明しました。

説明医師 _____

