

# CT/MRI検査依頼票

医療法人さくら さくら記念病院

御依頼医療機関名	医師名
代表電話番号	緊急連絡先
FAX番号（読影有の場合）	(状況により結果を電話にてご報告させていただきます。)

検査日時	年	月	日	時	分	より
------	---	---	---	---	---	----

患者様情報

フリガナ	性別 男・女  歳
氏名	
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日	
電話番号	

※検査項目部位に○で囲んで下さい

CT		MRI	単純（造影撮影は行っておりません）
頭部	ルーチン	頭部	ルーチン・MRA
頸部	ルーチン	頸部	ルーチン・MRA
胸部	肺野縦隔・大動脈	腹部	肝・胆・膵・腎・脾・MRCP
腹部	肝～腎・腎～骨盤腔・肝～骨盤腔・骨盤腔	骨盤腔	膀胱・子宮・卵巣・前立腺
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎	脊椎	頸椎・胸椎・腰椎
上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手	上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手
下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足	下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足

<b>CT造影</b>	※既往、処方の記載をお願い致します
頭部	ルーチン
頸部	ルーチン
胸部	肺野縦隔・大動脈
腹部	肝～腎・腎～骨盤腔・肝～骨盤腔・骨盤腔
脊椎	頸椎・胸椎・腰椎
上肢（右・左）	肩・上腕・肘・前腕・手関節・手
下肢（右・左）	股関節・大腿・膝・下腿・足関節・足
既往	
処方	

※検査目的のご記入をお願い致します。

FAX送信後、原本は患者様にお渡し頂き、予約票を事前にご確認して頂く様にお伝え下さい。  
 検査当日、予約時間の20分前までに受付へお声掛けして頂く様にお伝え下さい。  
 当日の持ち物は予約票・検査依頼票・同意書（CT造影、MRIのみ）・保険証となります。  
 全症例読影させていただきます。

# MRI検査予約票

様 検査日 月 日( ) 時 分

## 【 検査当日の飲食について 】

- ( ) 腹部、骨盤腔検査以外の方は特に飲食の制限はありません。
- ( ) 午前に腹部検査の方は朝食をとらないでください(水分は可)
- ( ) 午後に腹部検査の方は昼食をとらないでください。(水分は可)
- ( ) 午前にMRCP検査の方は朝食をとらず、水分は検査2時間前から飲まないでください。
- ( ) 午後にMRCP検査の方は昼食をとらず、水分は検査2時間前から飲まないでください。
- ( ) 午前に骨盤腔検査の方は朝食をとらず、検査2時間前からトイレにいかないでください。(水分は可)
- ( ) 午後に骨盤腔検査の方は昼食をとらず、検査2時間前からトイレにいかないでください。(水分は可)

お薬やサプリメント等は医師の指示に従ってください。

## 【 検査当日の注意事項 】

以下のものは検査当日に使用を控えるか、取り外し等ができるよう準備をお願いいたします。

- ・マニキュア、つけ爪、つけまつげ、かつら、ウィッグ、増毛スプレー、増毛パウダー
- ・マスカラ、アイシャドー、ファンデーション、UVケア用品等の化粧品類
- ・コンタクトレンズ、指輪などアクセサリ類      ・湿布、テーピング、エレキバン、カイロ等
- ・入れ歯など取り外しのできる義歯      ・ヒートテック等の保温性衣類

予約時間の20分前までに受付にお越しください。

緊急の検査が入った場合お待ちいただくことがありますのでご了承ください。

## 【 検査について 】

MRIは非常に強い磁石と電波を利用した検査です。

金属がありますと磁石、電波に反応して不慮の事故が起こる可能性があります。

金属は思わぬものにも含まれていることがありますので注意してください。

検査時間は30～40分ほどとなります。

以下に該当する方は申し出てください。

- ・手術等で体内に金属がある方      ・事故やけがなどで体内に金属片の存在する方
- ・妊娠中または妊娠の可能性のある方      ・閉所恐怖症、不随意運動のある方
- ・刺青、タトゥー、アートメイク等の色素を皮膚に入れている方      ・美容整形で金糸を挿入した方

# MRI 検査同意書

MRI は非常に強い磁石と電波を利用した検査です。

手術などで体内に金属があると不慮の事故が起こる可能性があります。

- ① 過去に MRI 検査を受けたことはありますか？ はい いいえ  
② 下記の条件に該当しますか？（あれば「すべて」にチェックしてください。） はい いいえ

## 検査不可能

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー（MRI 対応品含む） | <input type="checkbox"/> 埋め込み式除細動器（ICD）  |
| <input type="checkbox"/> 脳室シャント               | <input type="checkbox"/> 消化管止血クリップ       |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳                 | <input type="checkbox"/> 磁石を利用した義眼や義歯    |
| <input type="checkbox"/> 美容整形による金糸            | <input type="checkbox"/> 事故やけがなどによる体内金属片 |
| <input type="checkbox"/> 妊娠中または妊娠の可能性がある      |  |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症                |  |

## 確認が必要なもの

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ                              | （ 2000 年以前に手術 ・ 2001 年以降に手術 ）       |
| <input type="checkbox"/> 心臓人工弁                                 | （ Star-Edward600 番（1970 年）以前 ・ 以降 ） |
| <input type="checkbox"/> 各種ステント                                | （ 術後 8 週間以内 ・ 術後 9 週間以降 ）           |
| <input type="checkbox"/> 人工関節                                  | （ MRI 撮影可能であるが、熱をもつことがある ）          |
| <input type="checkbox"/> 刺青、アートメイク（火傷や変色のリスクに関して、同意する ・ 同意しない） |                                     |
| <input type="checkbox"/> その他体内金属                               | （ ）                                 |

\*ニトログリセリン真皮浸透絆創膏は検査中はがしてください。

\*腹部検査では鉄剤、アルミニウム製剤は検査前 6 時間は服用しないようにお願いします。

検査について十分な説明を受け理解した上で検査の実施に同意します。

説明日 \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師（署名） \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_

同意者氏名 \_\_\_\_\_（続柄） \_\_\_\_\_

医療法人さくら さくら記念病院 電話 049-253-3811