

「MRI 検査予約票・問診票及び承諾書」(造影無し)

紹介医院： _____

患者氏名 _____ 生年月日： _____

予約日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 午前・午後 _____ 時 _____ 分

※検査当日は、正面玄関を入れて左にある再来受付機に診察券を通してから

1 番の総合支援センター地域連携へ

時 分までに必ずお越しください

当日持参して頂くもの：紹介状（診療情報提供書）保険証・MRI 検査予約票・問診票及び承諾書
「問診欄」

*どちらかに○を記入してください。

1. 心臓ペースメーカーや刺激電極などが体内にありますか？ 【 あり・なし 】
(ありの場合検査は行えません)
2. 体内に脳動脈瘤クリップや人工関節などの金属がありますか？ 【 あり・なし 】
ありの場合（何が _____ 承知の上検査を行う）
3. 閉所恐怖症などの狭いところが苦手ですか？ 【 あり・なし 】
4. 刺青・タトゥーはありますか？ 【 あり・なし 】
ありの場合（ _____ があるが承知の上検査を行う）
5. 金属を含む張り薬（ニトロダーム TTS 等）を貼っていますか？ 【 あり・なし 】

単純MRI 検査を実施することに同意します。

主治医氏名 _____

同席看護師署名 _____

患者様ご署名 _____

代筆者 _____

(患者様との続柄： _____)

年 月 日

「MRI 検査方法」

- ・検査台に寝ていただき、筒状の撮影装置の中に身体が運ばれ、20~30 分程度で終了します。
- ・検査中は、大きな音がしますが動かずにいてください。
- ・その他ご心配の場合は、担当技師に声をかけてください

「ご注意」

- ※ 埋め込み型ペースメーカーか植え込み型除細動器 (ICD) を装着の方はMRI 検査ができません。
- ※ 磁気カード・補聴器・メガネなどの金属は、MRI 室へ持ち込まないでください。
- ※ 服薬中の薬は、医師からの指示がない限り通常通り服用してください。
- ※ 妊娠をしている方は、主治医とご相談ください。
- ※ 検査結果は、かかりつけ医にお聞きください。
- ※ 都合で来られない方・お問い合わせは、下記まで連絡をお願いいたします。