

MRI 検査申込書（診療情報提供書）

阪和記念病院 放射線科 御中

患者氏名 _____ (_____ 歳)

検査日	年	月	日
予約時刻	AM・PM	時	分
造影剤	要・不要		

■臨床診断

■検査目的

■現病歴及び検査成績

■CT・X線所見（MRIに関連する所見があれば）

検査部位	
	頭部（全脳+MRA）
	頭部（全脳+MRA+小脳橋角部）
	頭部（下垂体中心,MRA無し）
	副鼻腔・眼窩
	頸部（ _____ ）
	頸椎（第 _____ 椎中心）
	胸椎（第 _____ 椎中心）
	腰椎（第 _____ 椎中心）
	肝・胆・脾
	腎・後腹膜
	子宮
	四肢関節
	その他

■MRIチェックリスト

1. 危険性があるため検査を行いません（禁忌）

- ① 体内に電子デバイスや金属製機器がある
心臓ペースメーカー・人工内耳・人工耳小骨・神経刺激装置・インシュリンポンプなど
- ② 事故等により体内に強磁性体の金属片がある
- ③ 磁石式の義眼や磁石部分を脱着できない入れ歯がある

①	No	Yes
②	No	Yes
③	No	Yes

2. 原則として検査を行いません（状況により判断）

- ④ 全身状態が極端に悪い
- ⑤ 検査中の静止(20分～1時間)が困難である
- ⑥ 閉所恐怖症
- ⑦ 妊娠中または妊娠の可能性がある
- ⑧ 刺青、アートメイク、外せないピアスがある

④	No	Yes
⑤	No	Yes
⑥	No	Yes
⑦	No	Yes
⑧	No	Yes

3. 依頼医により安全が確認されたときのみ検査を行います

- ⑨ 脳内に脳動脈瘤のクリップや金属コイルがある
- ⑩ 冠動脈ステントや心臓人工弁がある
- ⑪ その他手術により埋設された金属がある
手術クリップ・人工関節・人工骨頭・インプラント・ステント・リザーバー・義眼など

⑨	No	Yes
⑩	No	Yes
⑪	No	Yes

4. 患者の状態

歩行・車いす・ストレッチャー、 感染症（無・有 ※有の場合は病名： _____ ）

令和 _____ 年	_____ 月	_____ 日	
紹介元医療機関名 _____			
科 _____	医師 _____	印 _____	

* あらかじめご予約のうえ、この用紙を検査当日に持参して頂いて下さい。
* ご入院中の患者さんの検査には、貴院看護師の付き添いをお願い致します。