

MRI検査問診票

ペースメーカー・人口弁・人工内耳・入れ墨・アートメイク・タトゥー（眉毛など）
クリップ（血管）している方・体内金属ある方・妊婦は撮影禁止となります。

• MRI検査を受けたことがありますか。	(有・無)
• <u>ペースメーカー、人工弁、人工内耳、動脈クリップ</u> が体内に入っていますか。	(有・無)
手術やカテーテル治療をして	
• <u>体内に金属（クリップ、ステント、人工関節など）</u> が入っていますか。	(有・無)
※『有』と答えた方にお聞きします。	
①いつ頃、どのような手術を受けましたか。	(年頃 受けた)
②手術・治療の後、MRI検査を受けたことがありますか。	(有・無)
• <u>義肢、義足、義眼</u> がありますか。	(有・無)
• <u>入れ墨、アートメイク、タトゥー</u> （眉毛などを含む）をしていますか。	(有・無)
• <u>持続血糖測定センサー</u> （FreeStyleリブレなど）をつけていますか。	(有・無)

以下の物は検査室内へ持ち込めません。検査前に着替えたり、外して頂きます。

<u>金属類</u>	(ヘアピン・ネックレス・ピアス・腕時計・鍵・硬貨 など)
<u>電子機器</u>	(携帯電話 など)
<u>磁気を帯びているもの</u>	(カード類・腰椎ベルト・磁器ネックレス など)
<u>身体に貼っているもの</u>	(カイロ・エレキバン・湿布・心臓病の薬 など)
<u>金具付の衣類</u>	(金属製ファスナーやボタンが付いた衣服・ブラジャー など)
<u>その他の装着物</u>	(入れ歯(取り外せる)・補聴器・色つきコンタクト 機能性下着〈ヒートテック〉など)

上記の物は全て外しました。

←検査直前にチェックをお願いします。

ご協力ありがとうございました。
記入濡れ・誤りが無ければ、ご署名をお願いいたします。
※ご本人が記入できない場合は、代理人の方のご署名をお願いいたします。

体重：	Kg
-----	----

記入日 年 月 日

氏名 _____

依頼施設医師名 _____

代理人名 _____

秀和総合病院医師名 _____

MRI 検査依頼書（診療情報提供書）

ご紹介医療機関（貴院名）

医師名

フリガナ

受診者氏名

男・女

生年月日

年

月

日

住所〒

電話番号

	撮 影 部 位		Ax	Sag	Cor	備考
1	頭部 ()	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
2	頸椎 ()	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
3	胸椎 ()	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
4	腰椎 ()	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
5	腹部 ()	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
6	乳腺 (右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
7	MRCP()	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
8	肩 (右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
9	肘 (右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
10	手関節(右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
11	手 (右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
12	股関節(右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
13	膝関節(右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
14	足関節(右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
15	足 (右 左)	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	
16	その他()	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	

傷病名

体内金属 (有 ・ 無)

症状詳記・合併症など（医師コメントは必須です）

様

患者様手渡し用

検査日（予約日）	月 日（ ）	：	検査の30分前にお越し下さい
検査項目	MRI CT 部位（ ）		
持ち物	紹介状 ・ 保険証 ・ お薬手帳		
問合せ先	048-737-5640（平日9時～16時30分・土曜9時～12時）		
貴院の再診日	月 日（ ）	※読影結果は病院営業日の5日程かかります	



■ 鉄道・バスによるアクセス

東武スカイツリーライン・東武アーバンパークライン「春日部駅」下車後、西口より次のバスをご利用ください。

- 西口1番バス停より朝日バス「秀和総合病院」行きにて「秀和総合病院」下車
- 西口2番バス停より朝日バス「かすかべ湯元温泉」（または「ウイング・ハット春日部」）行きにて「秀和総合病院」下車

車によるアクセス

秀和総合病院の位置は上記地図のとおりです。国道4号線と国道16号線の間位置します。大沼運動公園が至近です。