

# MR I 検査問診票

ペースメーカー・ICD・人工弁・人工内耳・クリップ（血管）・体内金属・入れ墨・アートメイク（眉毛など）がある方  
妊婦の方 は撮影禁止となります。

<u>体内金属、心臓ペースメーカー、ICD、ステント、人工弁、人工内耳</u>	(入っている・いない)
<u>動脈クリップ、水頭症のシャント、人工関節</u>	
※『入っている』と答えた方にお聞きします	
① いつ頃、どんな手術を受けましたか（ ② 手術の後、MRI検査を受けたことがありますか	年頃、 を受けた) (ある・ない)
<u>入れ墨、タトゥー</u> （眉墨などを含む）をしていますか	(している・していない)
<u>持続血糖測定器センサー</u> （Free Styleリブレなど）装着していませんか	(している・していない)
<u>義肢、義足、義眼</u> がありますか	(ある・ない)

以下の物は基本的に撮影室内へ持ち込めません、検査前に着替えたり、外して頂くことがあります  
該当する物が無ければ「ない」を「○」で囲って下さい  
該当する物がある場合はどのような物があるのか「○」で囲ってお知らせ下さい

金属類	(ない)	ヘアピン・ピアス・ネックレス・腕時計・鍵・硬貨
電子機器	(ない)	携帯電話・補聴器
磁気を帯びているもの	(ない)	腰椎ベルト・磁器ネックレス・カード類
体や服に貼っているもの	(ない)	カイロ・エレキバン・湿布・心臓病の薬
金具付の衣類	(ない)	金属製ファスナーやホック等が付いた衣服・
その他の装着物	(ない)	取り外せる入れ歯・カラーコンタクト・カテーテルのキャップ 機能性下着（金属粒子を含むもの）

体重： kg

(注) 救急対応等で開始時刻が遅れたり、検査内容により順番が前後する場合がございます。

記入漏れ・誤り が無ければ、ご署名をお願いいたします。（代理署名 可）

記入日 西暦 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_  
代理人名 \_\_\_\_\_

依頼施設医師名 \_\_\_\_\_  
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。