

MR I 検査問診票

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 (入っている・いない)

動脈クリップ、水頭症のシャント、人工関節

『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 (年 月、 を受けた)
② 手術の後、MR I 検査を受けたことがありますか (ある・ない)

入れ墨、タトゥー、アートメイク(眉毛・アイライン) をしていますか(※している/不明・していない)

※『している/不明』の場合は別途「同意・説明書」が必要です

持続血糖測定器センサー(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)

義肢、義足、義眼 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・ブラジャーなど
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: k g

体内金属・ペースメーカー・ICD・人工弁・人工内耳・クリップ(血管)がある方
妊婦の方 は撮影禁止となります。

(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

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				備考
1	頭部（ ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
2	頸椎（ ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
3	胸椎（ ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
4	腰椎（ ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
5	腹部（ ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
6	乳腺（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
7	MRCP（ ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
8	肩（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
9	肘（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
10	手関節（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
11	手（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
12	股関節（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
13	膝関節（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
14	足関節（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
15	足（ 右 左 ）	☐ 当院一任	Ax	Sag	Cor
16	その他（ ）	☐ 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）

アートメイク・入れ墨がある患者さんへの MRI 実施に関する同意・説明書

アートメイクや入れ墨に使用されるインクには金属が含まれていることがあります。含有する金属により、MRI 検査実施時に熱傷を起こす可能性が高まると言われており、当院ではアートメイクや入れ墨のある患者さんへの MRI 検査実施は推奨しておりません。しかしながら、医学的見地により MRI 検査が必要な場合、下記の危険性があることをご理解いただいた上で実施しておりますので、あらかじめご了承ください。

- ① 熱傷の危険性があります。特に上下に入れるアイラインのようなループ形状では危険性が高くなります。
- ② 色素の変色が起こる可能性があります。
- ③ アートメイク施術後、2 週間に満たない場合は、色素が定着していない為アートメイクの仕上がりに影響が出る可能性があります。
- ④ アートメイクや入れ墨施行後に MRI 検査を実施され問題が無かった場合でも、今回の実施で熱傷を起こす可能性があります。

尚、撮影中の緊急時に備え、患者さんにはブザーを持っていただきますが、即時に検査を中止したとしても、熱傷を防ぐことは出来ませんのでご了解ください。

紹介元医療機関名 _____

説明医師（署名） _____

以上の内容について MRI 検査の危険性を十分理解した上で検査の実施に同意します。

年 月 日

患者氏名（署名） _____

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 ・ マイナンバーカード ・ お薬手帳
問合せ先	048-737-5640 （平日9時～17時・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

造影検査をされる方

- ・ 予約時間の6時間前からお食事を取らないようにしてください。
- ・ 糖分を含まない飲み物（水やお茶）はご自由にお飲みいただけます。
- ・ 万が一食事をとってしまったら撮影が出来ないことがあります。
- ・ ビグアナイド系糖尿病薬を服用されている方は以下通り休薬してください。

薬 剤 名（ ）

休薬期間 月 日 ～ 月 日



■ 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。