

## MRI検査問診票（患者様記載）

ご記入の上、検査当日に受付票と一緒に放射線受付(11 窓口)へお出し下さい。

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。

MR I 検査を受けたことがありますか？	(ある ・ ない)
手術したことがありますか？	(ある ・ ない)
※『ある』と答えた方にお聞きします。 手術内容を教えてください ( )	
カテーテル検査を受けたことがありますか？	(ある ・ ない)
※『ある』と答えた方にお聞きします。 カテーテル検査の内容を教えてください ( )	
ペースメーカー・人工弁・人工内耳・入れ墨・アートメイク・タトゥー（眉毛などを含む） クリップ（血管）をしていますか。	(ある ・ ない)
	※「ある」にチェックしている方はMRIを受けられません
義肢、義足、義眼がありますか。	(ある ・ ない)
持続血糖測定センサー（FreeStyle リブレなど）装着していませんか。	(している ・ していない)

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。

金属類	(ヘアピン・ネックレス・ピアス・腕時計・鍵・硬貨 など)
電子機器	(携帯電話 など)
磁気を帯びているもの	(カード類・腰椎ベルト・磁器ネックレス など)
身体に貼っているもの	(カイロ・エレキバン・湿布・心臓病の薬 など)
金具付の衣類	(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)
その他の装着物	(入れ歯(取り外せる)・補聴器・カラーコンタクトなど)

上記の物は全てはずしました  ←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。

Kg

西暦 年 月 日

依頼施設名 \_\_\_\_\_

担当医師名 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

代理人名 \_\_\_\_\_

秀和総合病院

連絡先:病院代表(048-737-2121)

# 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

明治・大正

受診者氏名

男・女

生年月日

昭和・平成

	撮 影 部 位	□単純 ・ □単純+造影 ・ □ダイナミック				
1	頭部 ( )	<input type="checkbox"/> 当院一任	Ax	Sag	Cor	備考
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）

検査日(予約日)	月 日( ) : 検査の20分前にお越し下さい
検査項目	MRI CT 単純 ・ 造影 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~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



### ■ 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。