

MRI検査依頼書

紹介元医療機関

竜操整形外科病院 放射線科 行

予約日時

年 月 日 時 分

※ご予約日時等の変更を希望される場合は、紹介元医療機関へご連絡ください。
患者様からの直接の予約変更は受けおりません。

フリガナ			性別	生年月日
患者氏名			男・女	年 月 日
撮影部位 ※予約枠は1部位につき1つとなります	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> (R・L) 肩関節		<input type="checkbox"/> 頭部
	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> (R・L) 肘関節		<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> (R・L) 手関節		
	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> (R・L) 膝関節		
	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> (R・L) 足関節		
疾患名 検査目的など				

MRI検査同意書

私は竜操整形外科病院にてMRI検査を受けるにあたり、紹介元医師から以下の内容について十分な説明を受け、診療上必要であることを理解いたしましたので、その実施に同意します。
尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意します。

- MRI検査の必要性
 MRI検査説明書・問診票(別紙)

紹介元医師署名 *署名により患者様への十分な説明を行ったものといたします

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名

保護者または
保証人氏名

※未成年または署名できない場合は右側もご記入ください

患者
電話番号患者
住所

【検査を受けられる患者様へ】

予約時間に遅れますと、撮影開始が大幅に遅くなる、
もしくは予約を取り直していただく場合がございます。
お時間に余裕をもってお越しください。



医療法人 相生会 竜操整形外科病院

〒703-8245

岡山県岡山市中区藤原21-1

TEL代表 086-273-1233

TEL外来棟 086-273-1122

MRI検査説明書・問診票

MRI検査について

MRI検査依頼書と一緒にFAXしてください

MRI検査は、強い磁石でできた機械の中に入り、身体の断面や血管を撮影する検査です。また、機械は狭いトンネルのような形状をしており、検査をする部位がトンネルの真ん中に位置するまで体全体が入っていきます。検査時間は検査目的により様々ですが 15~30分程度です。検査中は**非常に大きな音**が出ますので、ヘッドフォンや耳栓を使用します。検査中に体を動かしてしまうと画像が乱れてしまうので、**動かないように**して下さい。手術などで体内に金属がある場合や身に付いている物の材質により、やけどや発熱、その他人体に重大な影響を及ぼす可能性もありますので、以下の問診票にお答えください。

MRI問診票

★の項目で「はい」の場合、[]内の該当する項目に○をご記入ください

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| ◆体内に心臓ペースメーカーや人工内耳などの電子機器や医療機器がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ★手術等で、体内金属がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| [脳動脈瘤クリップ ・ コイル ・ ステント ・ 人工関節 ・ 人工心臓弁 ・ その他()] | | |
| ★[磁石で固定する歯科インプラント ・ 義眼]をしている | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ★[インスリンポンプ ・ 持続血糖測定器(リブレなど)]を使用中、使用予定がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆入れ墨・タトゥー・アートメイクがある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆閉所恐怖症がある(狭いところが極端に苦手である) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆静止することが困難である(じっとしていられない) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| ◆妊娠している、またはその可能性がある | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

★の項目で「はい」の方は、検査可能かわからない場合、
事前に手術等を行った医療機関に検査の可否をお問い合わせください
竜操整形外科病院での問い合わせ対応はいたしません

《よくある事例》

- ・脳動脈クリップがあるが、いつ手術したかわからない。また、手術の後MRIの検査をしたかわからない。
- ・持続血糖測定器(リブレ)を装着しているが、外していくかわからない。
- ・磁石式入れ歯は、外すだけじゃダメなの？ →磁石の力が弱くなる可能性があります。



←MRI検査についてのよくある質問をまとめています。参考にしてください。
NPO法人 日本磁気共鳴専門技術者定機構
市民のみなさまへ 安心してMRI検査を受けていただくために
<https://growlab.xsrv.jp/jmrts/wp/>

記入日

年 月 日

患者署名

【注意事項】

- 予約時間に遅れてしまふと、検査の開始時間が大幅に遅くなる、もしくは予約を取り直していただく場合があります。**お時間に余裕をもってお越しください。**
- ご予約日時等の変更を希望される場合は、紹介元医療機関へご連絡ください。
患者様からの直接の予約変更は受けしておりません。
- 検査に際し、当院において鎮静・鎮痛の処置は致しません。
- 体動等により、画像が不明瞭、もしくは検査が実施できない場合があります。