# MRI検査依頼表

| | | | |
|---|---|---|---|
| ID<br>殿<br><br>生年月日　　年　月　日<br>性別　M　・F　　才<br>（医療機関名） | 依頼日 | 年　月　日（　曜日） |
| | 医師名 | |
| | 状態 | 独歩　・　車イス　・　担送 |
| | 感染症 | 無　有（　） |
| | 妊娠 | 無　有 |
| | ペースメーカー | 無　有 |

| 検査項目（〇をつけて下さい） | | | | 目的：部位があればお書き下さい | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1）頭（脳）部 | 2）　頚　部 | 3）　胸　部 | 4）　腹　部 | 5）骨　盤　腔 | 6）　脊　椎 | 7）　四　肢 | 8）そ　の　他 |
| 頭部<br>頭部MRA<br>眼窩<br>副鼻腔 | 甲状腺<br>咽頭・喉頭<br>頚部MRA | 胸部 | 肝<br>胆のう<br>膵<br>腎<br>MRCP | 骨盤部<br>膀胱<br>前立腺<br>子宮<br>卵巣 | 頚椎<br>頚胸移行部<br>胸椎<br>胸腰移行部<br>腰椎<br>仙骨・尾骨<br>全脊椎スクリーニング | R　・　L<br>肩関節<br>肘関節<br>手関節<br>手<br>股関節<br>膝関節<br>足関節<br>足 | |

| | |
|---|---|
| 読影　：　要　・　不要 | ※造影剤使用希望の場合は診療としてご相談ください。 |

臨床診断

現在までの経過

手術歴、既往症

検査目的

備考

※臨床所見を詳細にご記入下さい。

撮影方法

① スキャン方法　当科一任　　② 希望スキャン方法

（　　）

| | |
|---|---|
| 技師名 | |

検査日時：　　年　月　日（　）曜日　　午前・午後（　時　分）

注意　(1)予約日時の15分前には受付をお願い致します。
(2)記入漏れがある場合確認が取れるまで検査が行なえない場合があります。

牧野記念病院　045-933-4111

# ＭＲＩ検査に関する問診票

患者様署名　　様　　代理人様署名　　様

検査予定日　　年　　月　　日　　ＡＭ・ＰＭ　　時　　分

いくつかの質問をさせて頂きますので、当てはまる箇所□にレ印を入れてください。また、“ある”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは（ ）の中に具体的な言葉をお書きください。以下の問診に当てはまる方は造影検査を行えない可能性があります。

☆ 御不明な点はスタッフまでお尋ね下さい。

**《ＭＲＩ検査問診》**

1. あなたの身長体重を教えてください。　　ｃｍ　　Ｋｇ
2. 体内に金属・機械類はありますか？（手術や職業病により）----------□ある □ない

「ある」の場合：ペースメーカー、植込み型除細動器（ICD）、人工心臓弁、人工内耳、脳血管・内視鏡クリップ人工関節・骨頭、義眼、V-Pシャント、ステント、インプラント、置き針、弾丸、薬物注入ポート、避妊リング、その他 医療器具や金属等あればお書き下さい（　　）

3. 閉所恐怖症、体温調整機能の異常はありますか？・・・・・・・・・・・・・・・□ある □ない
4. 刺青・タトゥー（アイライン・眉毛含む）がありますか？----------□ある □ない
5. 重症不整脈・てんかん（痙攣発作）はありますか？・・・・・・・・・・・・・・・□ある □ない
6. せき・痛み・しびれなどで、３０分程度の静止が困難ですか？---------□ある □ない
7. 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？・・・・・・・・・・・・・・・□ある □ない

**☆以下は造影剤使用検査（ガドリニウム造影剤）を受けられる方のみお答え下さい。**

8. これまでに造影剤（注射）を用いた検査をしたことがありますか？--------□ある □ない

「ある」の場合： MRI ・ CT・ 尿路造影・血管造影・他（　　）

9. そのとき、帰宅後も含め何か異常がありましたか？（熱感は除く）・・・・・・・□ある □ない

「ある」の場合：吐き気・嘔吐・かゆみ・湿疹・呼吸困難・意識消失・血圧低下・他（　　）

10. 現在の体調で優れないところはありますか？----------□ある □ない
11. 気管支喘息といわれたことがありますか？・・・・・・・・・・・・・・・・・・□ある □ない
12. 腎臓の病気・腎障害があるといわれたことがありますか？----------□ある □ない
13. 心臓・肝臓の病気があるといわれたことはありますか？・・・・・・・・・・・・□ある □ない
14. アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症などはありますか？-------□ある □ない
15. 食品や薬品でアレルギーがおこったことがありますか？・・・・・・・・・・・□ある □ない

「ある」の場合：その品名と症状を詳しく（　　）

16. その他、気になる事が御座いましたらお書き下さい。（　　）

医師確認サイン

牧野記念病院　電話：045(933)4111