

MIRをご希望の場合は、次項の用紙に必要事項をご記入いただき、地域医療室までFAX(0736-78-3373)して下さい。

予約日時は、折り返し『予約通知書』にてFAX返信させていただきます。

この依頼書は、診療情報提供書として扱わせていただきますので、患者さまにお渡し下さい。

予約受付時間 : 平日(月～金曜日)午前9時～午後5時迄  
受付時間以降受信FAX: 翌日対応  
(翌日が休みの場合は次の外来診療日対応)

### MRI 検査予約申込依頼書 兼 診療情報提供書

公立那賀病院 担当医宛

下記患者様を紹介いたします

紹介元医療機関 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ (印)

所在地 \_\_\_\_\_ TEL ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) M・T・S・H 年 月 日生( \_\_\_\_\_ 歳) 体重 \_\_\_\_\_ k

患者住所(〒 \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 患者職業 \_\_\_\_\_

患者TEL( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 都合の悪い日 \_\_\_\_\_ 予約希望日 \_\_\_\_\_

※ 撮影部位該当欄にチェックして下さい。なお、左右は□にチェックを入れ選択して下さい。

検査部位		単純	造影	単純+造影	検査部位		単純	造影	単純+造影
頭部	頭部				上肢	<input type="checkbox"/> 右肩関節 <input type="checkbox"/> 左肩関節			
	頭部(単純)MR+頭部MRA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 右上腕 <input type="checkbox"/> 左上腕			
	頭部MRA+頸部MRA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 右肘関節 <input type="checkbox"/> 左肘関節			
	頸部MRA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 右手関節 <input type="checkbox"/> 左手関節			
	小児頭部				下肢	<input type="checkbox"/> 右大腿 <input type="checkbox"/> 左大腿			
	下垂体					<input type="checkbox"/> 右膝関節 <input type="checkbox"/> 左膝関節			
	眼窩					<input type="checkbox"/> 右下腿 <input type="checkbox"/> 左下腿			
	内耳					<input type="checkbox"/> 右足関節 <input type="checkbox"/> 左足関節			
	耳下腺				骨盤部	膀胱			
	副鼻腔					骨盤腔			
	咽頭喉頭					前立腺			
	甲状腺					両股関節			
胸部	胸部				大血管	全下肢動脈			<input checked="" type="checkbox"/>
	非造影冠動脈MRA		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		全下肢静脈			<input checked="" type="checkbox"/>
	※ 外来診察後に検査予約します。					胸部大動脈			<input checked="" type="checkbox"/>
腹部	腎臓					腹部大動脈			<input checked="" type="checkbox"/>
	MRCP(単純)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	脊髄	頸椎			
	上腹部(単純)MR		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		胸椎			
	上腹部(造影-Gd)MR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		胸腰椎移行部			
	上腹部(単純+造影-Gd)MR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		腰椎			
	肝臓ダイナミックMR	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		全脊椎(Sag T <sub>1</sub> ,T <sub>2</sub> )			<input checked="" type="checkbox"/>

【備考】

【チェックリスト】 体内金属： 有 ・ 無 (どちらかに必ず○をお願いします)  
 (有の場合) 医療機器： ペースメーカー 人工股関節  
 刺青(眉墨含む)： 有 ・ 無  
 装飾品(着脱不可)： ボディピアス等 その他( )

【患者搬送方法】： 歩行 ・ 車イス ・ ストレッチャー

【傷病名】

【紹介目的】

【既往歴及び家族歴】

【症状経過及び検査結果】

【治療経過】

【現在の処方】

# MRI 検査（体内金属及び刺青）承諾書

## ◎MRI 検査を予定されている患者様へ

以下の対象の患者様は、□に✓のうえ、内容を十分にご理解いただき検査をお受け下さい。

### 体内金属の埋め込み及び貴金属をされている場合

➤身体の全身及び一部に貴金属（着脱不可のピアス等）をされている場合以下の危険性があります。

- ・貴金属をいれている患者様は、原則撮影は出来ません。
- ・貴金属には金属が含まれてあり、その金属成分が MRI の強磁場の影響でまれに発熱または、変色をおこす場合があります。
- ・金属成分が発熱すると、低温火傷をひきおこします。また色素成分により貴金属を着けた部分が黒ずんだり、変色する可能性があります。

### 刺青および眉墨等をいれている場合

➤身体の全身及び一部に刺青（いれずみ）・眉墨（まゆずみ）をいれている場合以下の危険性があります。

- ・刺青をいれている患者様は、原則撮影は出来ません。
- ・刺青の色素成分には金属が含まれている場合があります、その金属成分が MRI の強磁場の影響でまれに発熱または、変色をおこす場合があります。
- ・金属成分が発熱すると、低温火傷をひきおこします。また色素成分により刺青がはいった部位が黒ずんだり、変色する可能性があります。

## 承諾書

上記説明及び医師からの説明を受け、その危険性について十分納得し、治療上 MRI 検査が必要なことも理解しましたので、この検査の実施を承諾します。

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_