診療情報提供書・検査依頼票（MRI用）

紹介元医療機関	予 約 日 時
診療科名	月　　日（　　）
ご担当医師名	午前　午後　　時　　分

フリガナ	生年月日	性別
氏 名	年　　月　　日	男・女
野木病院受診歴　ある方 ⇒診察券番号（　　）	連絡のとれる電話番号	

MRI（1.5T） 検査依頼部位を〇で囲んでください

※手技は「単純」のみとなります

頭部	頭部　副鼻腔　内耳　頚部MRA
脊椎	頸椎　胸椎　胸腰椎移行部　腰椎　仙尾椎
頚部	頚部　唾液腺（耳下腺・顎下腺・舌下腺）
胸部	胸部　背部
腹部	肝臓　膵臓　胆嚢　腎臓
	MRCP　副腎　脾臓
骨盤	子宮・卵巣　前立腺　膀胱　股関節

上肢	右・左	肩関節　上腕　肘関節
		前腕　手関節　手・手指
下肢	右・左	大腿　膝関節　下腿
		足関節　足・足趾
その他		
＊ 同日一部位のみ撮像可能です		

臨床診断名・検査目的・その他特記事項

傷 病 名
検 査 目 的

読影希望しますか（はい・いいえ）

友志会　野木病院
TEL　0280-57-1011
FAX　0280-57-1012

MRI 検査予約票（検査当日、本票を開始予定の30分前に総合受付にお出し下さい）

患者様控え

紹介元医療機関	予 約 日 時 月　　日（　　） 午前・午後　　時　　分
患者氏名	

当日ご持参いただくもの

☐ MRI検査予約票（本紙）

☐ 診療情報提供書（検査依頼票）+MRI検査チェックリスト

☐ 健康保険証

☐ 野木病院の診察券（当院受診歴がある場合）

◎前の検査が押してしまった時や急患が入ってしまった場合、検査開始時刻に遅れが生じる可能性があります。

◎予約時間に遅れて来院された場合は、予約時間通りに検査出来ない場合があります。

MRI検査の流れ

＊MRI装置の寝台に寝ていただき、撮影部位に応じて担当技師が位置合わせをします。
＊寝台ごと筒状の撮影機器の中に入ります。
＊工事現場にいるような機械音（ガーガーガー、ゴンゴンゴン）のなかで撮影します。
＊胸部・腹部・骨盤部では、撮影時に数十秒間、呼吸を止めていただくことがあります。
＊検査所要時間は20分から30分程度です。（内容により多少前後します）
＊腹部MRIを受けられる方は、検査3時間前より飲食をお控えください。（水・お湯は可）
＊正確な画像を得るため、検査中は身体を動かさないようにして下さい。
＊膀胱、前立腺のMRI検査を受けられる方は、膀胱に尿をためておいてください。
＊ヘアピン、アクセサリー、時計、メガネ等の金属は検査の妨げになります。外しておいてください。
＊ホッカイロ、湿布等もはずしておいてください。
＊お化粧や日焼け止めクリームはおとしていただく場合があります。

友志会　野木病院
TEL　0280-57-1011
FAX　0280-57-1012

MRI検査 チェックリスト

氏　名　　紹介元医師署名

生年月日　　男・女

◆以下の項目に該当がある場合、人体に影響を及ぼし検査が出来ない場合があります。
正確にチェックをお願い致します。

確認項目	有(対応)	無
1．　ペースメーカ・除細動器	□	□
2．　人工内耳・中耳	□	□
3．　可動性義眼	□	□
4．　脳動脈瘤クリップ・コイル	□	□
5．ステント（脳、心臓、腹部、他）	□	□
6．脳室内シャント	□	□
7．人工関節・プレート・スクリュー等(部位：　　)	□	□
8．金属製の体内異物（鉄片、弾丸など）	□	□
9．歯列矯正ブリッジ・磁性入れ歯	□	□
10．　閉所恐怖症	□	□
11．刺青	□	□
12．妊娠	□	□
13．金属製避妊リング	□	□

MRI検査に関する概要と禁止事項を理解し、検査を受けることに同意される方はサインをお願いします。

患者(orご家族）サイン　　（続柄）

（身長　　ｃｍ　体重　　ｋｇ）

ご紹介元医療機関でのご記入はここまでです

検査入室前チェック(こちらは検査担当者が行います)

確認項目	有	無
1．マスカラ、アイシャドー、刺青など金属粉を含む化粧品	□	□
2．カラーコンタクトレンズ	□	□
3．金具付衣類、ブラジャー、ホック、ファスナー、ワイヤー付下着	□	□
4．遠赤外線、または保温性が非常に高い下着や衣類	□	□
5．湿布、エレキバンなどの貼り薬、ニトロダームテープ(心臓のお薬）、使い捨てカイロ	□	□
6．装具（コルセット、義肢等）	□	□
7．補聴器、入れ歯、めがね、ヘアピン、かつら（ウィッグ）	□	□
8．ピアス、イヤリング、アクセサリーなどの金属類	□	□

年　　月　　日　　確認者サイン

医療法人社団 友志会野木病院　放射線室