

武蔵野陽和会病院 MRI 検査予約票

ご紹介医療機関名 _____

ご担当医師名 _____

氏名 _____ 様 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才

連絡先 _____

予約時間 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (午前・午後) _____ 時 _____ 分

(希望検査部位： _____ 単純・造影) MRI 検査

検査前に、次のことにご注意ください。

- ① 受診当日に、お持ちいただくもの。
 1. このMRI 検査予約票と MRI チェックリスト
 2. 保険証、老人医療証等各種医療証等
 3. 診療情報提供書（紹介状）
 4. 診察券（当院に受診歴のある方）
- ② 放射線科医の間診がございます。予約時刻の 30 分前までにご来院ください
- ③ MRI 検査はおよそ 30 分で終了します。検査開始時間がある程度前後する事がありますがご了承ください。
- ④ 検査室内は磁場が強いため金属類の持込は危険ですので持ち込み禁止です。時計・携帯電話・磁気カード（キャッシュカード、クレジットカード、診察券）などは、故障することがあります。
- ⑤ 更に下記のものも外してから検査室にお入りください。
 1. 装身具（ヘアピン・ネックレス・イヤリング・ブレスレット・指輪など）
 2. めがね、いれば、義手、義足、
 3. エレキバン、シップ薬、カイロ等
- ⑥ 造影剤使用 MRI または MRCP 検査予定の患者様へ（当日の食事について）
 1. 午前の検査予定の場合は、朝食を食べないでください。
 2. 午後の検査予定の場合は、昼食を食べないでください。
 3. お水、お茶は飲んで大丈夫です。
- ⑦ 予約日に検査が受けられなくなった時は、早めに放射線科へご連絡ください。

武蔵野陽和会病院

〒180-0012 東京都武蔵野市緑町 2-1-33

TEL 0422-52-3212 (代表)

武蔵野陽和会病院 MRI チェックリスト

ご紹介医療機関名 _____

ご担当医師名 _____

氏名 _____ 様

医療事故防止の為、下記項目の確認をお願いします。

MRI 禁忌 心臓ペースメーカー
人工内耳
脳動脈クリップ（非磁性体クリップは除く）
体内神経刺激装置
骨成長刺激装置
体内自動除細機

以上の項目に相当しない患者である。 A (相当しない・相当する)

MRI チェック項目 妊娠
閉所恐怖症
義眼
刺青、パーマメントアライン

以上の項目に相当しない患者である。もしくは、相当していても MRI が必要であり主治医は上記を説明し了承を得ている。 A (はい・いいえ)

造影剤チェック項目 (造影検査のある場合のみ記入して下さい)

- ・ (有・無) ガドリニウム系造影剤に対し過敏症の既往歴
- ・ (有・無) 気管支喘息
- ・ (有・無) 重篤な肝障害
- ・ (有・無) 血清 Cre 値 > 1.5mg/dl
- ・ (有・無) 妊婦
- ・ (有・無) 授乳婦

検査前に当院放射線科医師が問診し、承諾書をいただきます。上記に該当する場合は、単純検査に切り替わる事がありますのでご了承ください。

武蔵野陽和会病院

〒180-0012 東京都武蔵野市緑町 2-1-33

TEL 0422-52-3212 (代表)