

# MRI 検査依頼票

紹介先医療機関

埼玉成恵会病院 TEL 0493-23-1221 FAX 0493-23-1220(病診連携室)

年 月 日

紹介元医療機関名

医師名

住所

TEL

FAX

Mail

検査日時 年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名 性別 男 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 歳

住所

電話【日中連絡が取れる番号】

検査部位 ( 左 右 )

頭部 頸椎 胸椎 腰椎 腹部 骨盤 肩 肘 手関節 手指

股関節 膝 足関節 足 その他( )

具体的な器官名及び知りたい事項(確認のためにご連絡をする場合があります。)

撮影方法 単純 単純+造影 ダイナミック

※造影剤使用時の必要となります。

直近 3 ヶ月以内(できれば検査直前)の血清クレアチニン値をご記入ください。 **クレアチニン** mg/dl

# MRI 検査をお受けになる方への問診票

MRIは強い磁石と電波を使用し、大きな機械の中に入り体の断面や血管を撮影する検査です。

◆MRIを安全に行うために以下の質問にお答えください。

\*ご本人が記入できない場合には付き添いの方にご記入お願い致します。

1、今までにMRI検査を受けたことがありますか はい : いいえ : わからない

2、下記の項目に はい があれば原則、検査はできません。

- |                            |    |   |     |
|----------------------------|----|---|-----|
| ① 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか。     | はい | : | いいえ |
| ② 人工内耳・人工中耳を装着していますか       | はい | : | いいえ |
| ③ 古い人工心臓弁を装着していますか         | はい | : | いいえ |
| ④ チタン製以外の動脈瘤クリッピング術をしていますか | はい | : | いいえ |
| ⑤ 妊娠中ですか（または妊娠の可能性がありますか）  | はい | : | いいえ |

\*特に妊娠3カ月以内（または妊娠が疑わしい方）は  
MRIの胎児への安全性が確立されていないことから原則禁忌です

3、下記の項目に はい があれば確認が必要です

- |                               |    |   |     |
|-------------------------------|----|---|-----|
| ① スtent術（体内に金属を埋め込む）手術をしていますか | はい | : | いいえ |
| ② 義眼を装着していますか                 | はい | : | いいえ |
| ③ 閉所恐怖症ですか                    | はい | : | いいえ |
| ④ ハリ治療にて現在体内にハリが入っていますか       | はい | : | いいえ |
| ⑤ 埋め込み式補聴器をしていますか             | はい | : | いいえ |
| ⑥ 刺青をしていますか                   | はい | : | いいえ |
| ⑦ 磁石で固定された入れ歯をしていますか          | はい | : | いいえ |
| ⑧ 避妊用金属リングをしていますか             | はい | : | いいえ |
| ⑨ カラーコンタクト使用をしていますか           | はい | : | いいえ |

・以上のもので はい と答えたものについては、手術をされた病院または製造メーカーに  
問い合わせいただき、MRI検査可能と確認できたものについては検査を行えます。

また、ご不明点があれば当院放射線科までお問い合わせください。

◆ 2・3の項目にて はい がある場合は放射線科に確認してください ◆

4、その他の注意

★事前に取り外し可能なものについては検査前にはずしていただきますようお願い致します。  
(入れ歯・補聴器・かつら・ヘアピン・時計・装飾品・シップ・ヒートテックインナーなどの  
高機能素材・使い捨てカイロ・コルセットなど)

現在の体重を記入してください ( ) k g )

●確認していただけたらご署名いただき検査当日、放射線科に提出してください。

検査日                      年                      月                      日                      御氏名                      御年齢                      才

\* MRI検査に関して不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

医療法人 埼玉成恵会病院 放射線科 TEL (0493) 23-1221