

# MRI検査を受けられる方へ

(受診者控)

フリガナ		性別	医療機関名		
氏名		男 . 女	診療科 主治医		
T・S・H	年 月 日生	歳	電話( ) -		
電話番号	(日中連絡の取れるところ) ( ) -	身長	cm	体重	kg
来院日時	年 月 日( )	午前・午後	時	分	

- 検査は完全予約制です。遅刻されますと長時間お待ちいただいたり、日程の変更をお願いすることがあります。
- 当日は、保険証と依頼書を必ずご持参ください。
- お荷物は全てロッカーに入れて頂きます。電子機器類や磁気カードを検査室内に持ち込んで使用できなくなった場合や紛失、盗難があっても当施設では一切責任を負いませんのでご了承ください。

## 【検査について】

- ☆ コンタクトレンズでカラー、ディファインの場合は、検査前にはずして頂きますので、必ずケースをご持参ください。
- ☆ 増毛パウダー、かつら、ウィッグをつけている方は、検査前にお申し出ください。
- ☆ ヒートテック素材の衣服は火傷の可能性がありますので検査前に脱衣して頂きます。
- ☆ 検査は30分程度かかりますので、長時間の静止が困難な場合(痛み等による)はお申し出下さい。
- ☆ 検査部位が「上腹部、下腹部、骨盤部、腰椎」の方は、胃透視検査(バリウム)実施後1週間以上の間を空けてください。
- ☆ 妊娠している方は原則としてお断りしております。ただし、主治医(産婦人科医師)のご判断で検査が必要な場合は、その指示に従ってください。

## 【体内金属について】

- ☆ 体内金属の手術をした医療機関にあらかじめMRI検査が可能かどうかの確認をお願いします。
- ☆ 下記器具を使用している場合は検査の実施が出来ません。  
ペースメーカー、埋込型除細動器、人工内耳、可変圧バルブシャント(脳室V-Pシャント)、脊髄刺激装置、脊髄管内リード線、金属製避妊器具、留置後2ヶ月以内のステント・クリップ、尿道カテーテル磁石キャップ等

## 【飲食の制限について】

- ☆ 「造影検査」の場合は検査前5時間、検査部位が「上腹部、下腹部」の方は検査前4時間、「骨盤部、腰椎」の方は検査前3時間の絶食をお願いします。
- ☆ 糖分を含まない水分(お茶、水、白湯)は、特に指示がなければ検査開始までは摂取可能です。

## 【排尿制限について】

- ☆ 検査部位が「泌尿器、前立腺」の方は尿を溜めた状態で検査をします。トイレは来院1時間前までに済ませてください。

## 【造影検査について】

- ☆ 検査前に血管確保が必要な場合は、検査時間30分前のご案内となっております。
- ☆ 「小児喘息・気管支喘息・咳喘息の既往、腎機能低下、造影剤アレルギーがある、じんましんが出ている方」は造影剤の副作用が発生する恐れがありますので造影をお受けできません。  
単純撮影で差し支えないか主治医とご相談下さい。

**Nakanoshima Clinic**  
**中之島クリニック**

〒553-0003

大阪市福島区福島二丁目1-2

電話番号 : 06-6451-6100(代)

FAX : 06-6451-1234

予約専用番号 : 0120-489-401

予約受付時間 月～金 9:00～19:00

土 9:00～17:00

診療時間 月～土 8:30～17:00



# MRI検査依頼書 (中之島クリニック用)

依頼書の太枠内はすべてご記入ください。

フリガナ		性別	医療機関名		
氏名		男 . 女	診療科 主治医		
T・S・H	年 月 日生	歳	電話( ) -		
電話番号	(日中連絡の取れるところ) ( ) -	身長	cm	体重	kg
来院日時	年 月 日( ) 午前・午後 時 分				
臨床診断名	手術歴、現病歴(症状)等				
検査目的					
撮影手技 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> (単純+)造影 <input type="checkbox"/> 一任 *eGFRの数値が50以下は単純検査となります。 *小児喘息・気管支喘息・咳喘息の既往、腎機能低下、造影剤アレルギー、じんましんが出ている方は造影検査をお断りしております。					
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> 脳MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA ) <input type="checkbox"/> 関節 ( <input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり ) <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 頸部 ( <input type="checkbox"/> 耳鼻科領域 <input type="checkbox"/> 甲状腺 ) <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎) <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部 ( <input type="checkbox"/> MRCP ) <input type="checkbox"/> その他 (    ) <input type="checkbox"/> 骨盤部(婦人科・前立腺)					
撮影方法及び図示についてはこちらにご記入ください					
検査結果	画像について <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> フィルム(チェックが無い場合はDVDのみの提供となります)				
	読影レポートについて    月    日 (    )までに必要				

## 【主治医の先生へのお願い】

- 過去に検査された画像フィルム、CDR等は、患者様に持参をご指示いただきますようお願いいたします。
- 安静を保つため麻酔・鎮静剤などが必要な方は、必ず主治医のご同伴をお願いします。

# MRI検査依頼書 (依頼元控え)

依頼書の太枠内はすべてご記入ください。

フリガナ				性別	医療機関名		
氏名				男 . 女	診療科 主治医		
T・S・H	年	月	日生	歳	電話( )		-
電話番号	(日中連絡の取れるところ) ( ) -			身長	cm	体重	kg
来院日時	年	月	日( )	午前・午後	時	分	
臨床診断名				手術歴、現病歴(症状)等			
検査目的							
撮影手技 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> (単純+)造影 <input type="checkbox"/> 一任 *eGFRの数値が50以下は単純検査となります。 *小児喘息・気管支喘息・咳喘息の既往、腎機能低下、造影剤アレルギー、じんましんが出ている方は造影検査をお断りしております。							
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> 脳MRA <input type="checkbox"/> 頸部MRA ) <input type="checkbox"/> 関節 ( <input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり ) <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 頸部 ( <input type="checkbox"/> 耳鼻科領域 <input type="checkbox"/> 甲状腺 ) <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎) <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 上腹部 ( <input type="checkbox"/> MRCP ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (婦人科・前立腺)							
撮影方法及び図示についてはこちらにご記入ください							
検査結果	画像について <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> フィルム (チェックが無い場合はDVDのみの提供となります)						
	読影レポートについて _____ 月 _____ 日 ( )までに必要						

### 【主治医の先生へのお願い】

- 過去に検査された画像フィルム、CDR等は、患者様に持参をご指示いただきますようお願いいたします。
- 安静を保つため麻酔・鎮静剤などが必要な方は、必ず主治医のご同伴をお願いいたします。

# 主治医の先生へのお願い

以下の項目に該当する方は検査が出来ない場合がありますので、事前の確認をお願いします。  
また、チェック内容を事前に確認するため、先生に電話連絡させていただくことがあります。

下記のものを装着している場合は検査をお受けすることができません。  該当しない

- ①心臓ペースメーカー
- ②埋込型除細動器
- ③MRI非対応体内金属（外せない場合）
- ④ステント・MRI対応体内金属挿入後2ヶ月以内
- ⑤外せない経皮吸収剤（心臓疾患治療薬・鎮痛コントロール薬・禁煙治療薬など）
- ⑥人工内耳
- ⑦可変圧式バルブシャント（脳室V-Pシャント）
- ⑧脊髄刺激装置
- ⑨脊椎管内リード線

いれずみ、アートメイクをしている。  はい  いいえ

\*「はい」の場合⇒変色の恐れがありますのでご本人の承諾が必要です

増毛パウダー、かつら、ウィッグ、白髪染めをしている。  はい  いいえ

\*金属素材で、なおかつ当日外せない製品を身に付けておられる場合はお断りしております

経皮吸収剤（心臓疾患治療薬・鎮痛コントロール薬・禁煙治療薬など）を使用している。

はい  いいえ

\*MRI撮影に伴う加熱により薬効に影響が出るため、検査前には必ず外していただきます

閉所恐怖症がある。  はい  いいえ

妊娠の可能性がある。  はい  いいえ

\*現に妊娠している方の検査は原則としてお断りしております

## ◎MRI造影検査をご依頼いただく場合

★造影検査前は4時間以上の絶食をご指示ください。絶食が出来ていない場合は単純検査となります。

★①～⑤について「☑はい」がある場合は、原則として単純検査となります。

①～⑤すべてが「☑いいえ」の場合は、⑥⑦についてご確認ください。

①造影剤に対してアレルギーがある。  はい  いいえ

②気管支喘息・咳喘息・小児喘息の既往がある。  はい  いいえ

③アレルギーによる喘息様の症状が出たことがある。  はい  いいえ

④腎機能が低下している、もしくは透析中である。  はい  いいえ

⑤妊娠の可能性がある。  はい  いいえ

⑥最近3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください。 \_\_\_\_\_ mg/dl ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月実施)

\*eGFRの数値が50以下になる場合は、単純検査となります。

⑦感染症がある。  はい  いいえ

「はい」の場合  梅毒反応  HBs-Ag陽性  HCV-Ab陽性

2020.12改訂