

市立釧路総合病院 共同利用機器検査依頼申込書 (MRI)

FAX 0154-41-6511 (予約受付担当直通) TEL 0154-41-0014

紹介元医療機関 様

医療機関名	電話番号
診療科	FAX番号
ご担当医	送信担当者名

患者情報 記載欄 令和 年 月 日

フリガナ	住所 〒 -
患者氏名	電話番号 - -
生年月日 年 月 日	
保険番号	公費負担番号
記号 番号	公費負担医療受給番号
被保険者との続柄 <input type="checkbox"/> 本人・ <input type="checkbox"/> 家族	公費負担医療受給番号
来院できない日をご記入ください	移動方法 <input type="checkbox"/> 歩行・車いす・ストレッチャー

以下の方は共同利用ではお受けできません。

- 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方
 - 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器を使用している方
 - インスリンポンプや自己検査用グルコース測定器（リブレ等）を装着している方
 - 人工内耳、脳・脊髄刺激装置がある方
 - 脳室シャントシステムがある方
- ※ 造影剤を使用する場合にはアレルギー等が考えられますので、紹介患者としてご紹介ください。

検査内容 記載欄 (希望部位一か所のみ <input checked="" type="checkbox"/> をお願いします)							
<input type="checkbox"/> 頭部 (脳卒中セット) <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 腎) <input type="checkbox"/> 骨盤 (<input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱) <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 / <input type="checkbox"/> 胸椎 / <input type="checkbox"/> 腰椎)	<input type="checkbox"/> 四肢 <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">上肢</td> <td style="width: 30%;"> <input type="checkbox"/> 肩関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 肘関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) </td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>下肢</td> <td> <input type="checkbox"/> 股関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足部 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) </td> <td></td> </tr> </table>	上肢	<input type="checkbox"/> 肩関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 肘関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)		下肢	<input type="checkbox"/> 股関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足部 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)	
上肢	<input type="checkbox"/> 肩関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 肘関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 手 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)						
下肢	<input type="checkbox"/> 股関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 膝関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足関節 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左) <input type="checkbox"/> 足部 (<input type="checkbox"/> 右 / <input type="checkbox"/> 左)						

※撮影条件等については当院の撮影条件を適用させていただきます。

その他必要事項記載欄

同意書の有無	有・無	同意書は必ず紹介元医療機関様でお取りください。当院のフォームをご活用ください。
--------	-----	---

臨床診断名	
主 訴	

検査データ、読影結果は後日送付いたします。

MRI検査問診票

《患者記入欄》

検査前までに必要事項をして、当日、放射線技術科受付に提出して下さい。

患者氏名 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ kg

① 検査はできません

心臓ペースメーカー、体内自動除細動器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
インスリンポンプ、自己検査用グルコース測定器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
妊娠中・妊娠の可能性のある方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
体内神経刺激装置、骨成長刺激装置、その他体内埋め込み機器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工内耳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
非磁性体であることが確認できない脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
眼窩内金属片	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
金属性スプリングや磁石を内蔵した廃液バック	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
脳室シャントシステム	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

② 注意が必要な項目

血管内ステント、胆道ステント、下大静脈 (IVC) フィルター	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
心臓人工弁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
脳動脈クリップ、脳動脈コイル	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
人工関節、骨接合プレート、スクリューなど	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
皮下埋め込み型ポート・リザーバー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
金属製避妊リング、可動性義眼	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
その他体内金属 (脈管内医療器具、手術金属)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
磁性入れ歯など磁石を使ったもの、歯科矯正ブリッジ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
刺青	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
閉所恐怖症または狭いところが苦手	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
過去、現在に金属の研磨をする仕事に従事	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

③ 検査前に取り外していただく項目

磁気バンド (エレキバンなど)、使い捨てカイロ、湿布、義歯、鍵、ネックレス
ピアスなどの貴金属、その他の金属小物、ベルト、下着のホック、ワイヤー、ヘアピン
カツラ、眼鏡、コンタクトレンズ、補聴器、財布、携帯電話、
薬剤浸潤性絆創膏 (ニトロダーム、ニコチネルなど)
化粧 (アイシャドー、マスカラ、ラメなど色素を含むもの)
キャッシュカード、診察券などの磁気カード

※②の項目で「あり」の場合、検査可能か確認が必要です。

※③は検査担当技師が当日確認いたします。

★当日は、予約票と一緒に忘れずに持参して下さい。

市立釧路総合病院 MRI検査共同利用 同意説明書

《紹介元医療機関様にて患者様へのご説明としてご使用下さい》

【MRI検査】

- MRI検査とは、磁力と電波で人体との物理現象を利用して断面画像を得る検査です。
- 痛みはありませんが、大きな音が出ます。画像を得るには強い磁場の中に30分前後ベッドに寝ていただきます。
- 脳動脈クリップ、人工関節などが体内にある方はお知らせください。
- 次のものは機械が故障したり、検査に影響するため、必ず検査前に取り外して下さい。
金属類 . . . 時計、携帯電話、眼鏡、鍵、アクセサリなど
磁気カード . . . キャッシュカード、診察券 など
その他 . . . 取り外しのできる義歯、補聴器 金属のついた下着、コンタクトレンズ、エレキバン、湿布、カイロ、コルセット機能性下着など

以下の方は共同利用ではお受けできません

- 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方
- 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器を使用している方
- インスリンポンプや自己検査用グルコース測定器(リブレ等) を装着している方
- 人工内耳、脳・脊髄刺激装置がある方
- 脳室シャントシステム

同意書

私は上記の説明を受け、検査の必要性と内容を理解しましたのでその実施を同意します。

同意します

同意しません

年 月 日

住所

患者氏名

※家族または親族等方が同意される場合

同意者住所

同意者氏名

本人との続柄 ()

同意取得医療機関

説明医師 (署名)