

# MRI 検査 診療情報提供書

FAX 0120-927-489

産業医科大学病院 外来予約係行き

フリガナ 患者氏名	(男・女) ( 才)	貴院の名称及び所在地		
生年月日 (T・S・H)	年 月 日	診療科	担当医師	先生
予約希望日時、時間帯、曜日等 令和 年 月 日 曜日 時 分		TEL ( ) - -	FAX ( ) - -	

検査予約を円滑に行うため、以下の事項について事前にお知らせ下さい。

- 検査部位 \*原則として1部位です(MRA, MRCPは除く)。
  - 頭部 (脳、MRA、下垂体、後頭蓋窩)       頭頸部 (眼窩、副鼻腔、頸部)
  - 脊椎 (頸椎・頸髄、胸椎・胸髄、腰椎・腰髄)
  - 胸部 (縦隔、心臓、乳腺)       腹部 (肝、胆、膵、腎、副腎、MRCP)
  - 骨盤 (子宮、卵巣、前立腺)
  - 四肢 (肩関節、肘関節、手関節、手、股関節、膝関節、足関節)
  - その他 ( )
- 検査目的 例) 腰椎椎間板ヘルニア疑い、脳梗塞疑い等 ( )
- 造影の有無  有 or  無
- 禁忌事項の確認
  - ペースメーカー  有 or  無
  - その他の体内金属  有 or  無
  - 閉所恐怖症  有 or  無
  - 刺青、義眼、カラーコンタクト  有 or  無
  - <造影剤使用の場合>
    - 造影剤アレルギー  有 or  無
    - 気管支喘息  有 or  無
    - 腎機能障害  有 or  無 有の場合 ( )
    - 感染症  有 or  無 有の場合 ( )
- 検査当日は30分前には来院されて下さい。  
(特に放射線科初診の方は遅れないようにお願いします)。
- 総合受付にて受付をされて下さい。
- 結果は原則としてCD-Rで読影レポートと共に患者様にお渡しします。  
結果が出るまで検査終了後1時間程度要します。
- 造影検査の場合は検査前に造影剤使用についてこちらで説明し、同意書を書いていただきます。