

## MRI 検査依頼書・診療情報提供書

### 西陣病院画像診断センター宛

検査日時					
年	月	日 (曜日)	午前・午後	時	分

検査開始の**30分前**に西陣病院本館 1F 受付までお越しいただき、予約票をご提示ください  
 検査は予約制ですので、予約日時にお越しになれない場合は事前にご連絡ください (電話 075-465-6116)

患者情報	
フリガナ： 氏名： 性別：男・女 生年月日： 年 月 日生(才)	紹介元医療機関名： 診療科： 主治医： 電話： FAX：
住所：(〒 - )	
電話：	携帯電話：

検査部位		
<input type="checkbox"/> 脳 MRI のみ <input type="checkbox"/> 脳 MRI + MRA <input type="checkbox"/> 脳 MRI + MRA + VSRAD <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 (EOB・SPIO・MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部      ↑必要なら○を	<input type="checkbox"/> 肩関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 肘関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 手関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 足関節 (みぎ・ひだり)	<input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 頸部単純 MRA <input type="checkbox"/> 下肢単純 MRA <input type="checkbox"/> その他 ( )

<b>造影の有無 (必須)</b>	
<input type="checkbox"/> 単純のみ	<b>単純・造影両方のチェック項目 (必須)</b>
<input type="checkbox"/> 造影あり <b>造影時のチェック項目 (必須)</b> <input type="checkbox"/> 喘息無し <input type="checkbox"/> 過去の造影検査で副作用無し *MRCP は造影不要です      または <input type="checkbox"/> 今回が初めての造影 *SPIO は酸化鉄製剤で、 ガドリニウム造影剤では ありません <input type="checkbox"/> 透析無し <input type="checkbox"/> 急性腎不全無し <input type="checkbox"/> クレアチニン値 _____ mg/dl <input type="checkbox"/> eGFR 値 _____ ml/min *クレアチニン, eGFR のいずれか記入 *eGFR 30ml/min 未満は <b>造影不可</b>	①ペースメーカー・除細動器・動脈瘤クリップ等 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし *原則 <b>検査不可</b> (MRI 対応デバイスの場合は別途ご相談ください) ②ステント挿入後 2 ヶ月未満である <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ *ステント挿入後 2 ヶ月以上経過していれば検査可 ③その他、体内に金属がある(歯科補綴物は除く) <input type="checkbox"/> はい (名称: _____) <input type="checkbox"/> いいえ ④女性のみ：妊娠中(またはその可能性) <input type="checkbox"/> はい (妊娠 週) <input type="checkbox"/> いいえ

<b>臨床診断・経過</b>	<b>感染症</b>

<b>画像返却 (必須)</b> <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	<b>レポート返却 (必須)</b> <input type="checkbox"/> 当日 <input type="checkbox"/> 翌日以降
--	--

## MRI 検査予約票

検査日時	
年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分	
検査開始の <b>30分前</b> に西陣病院本館1F受付までお越しいただき、予約票をご提示ください 検査は予約制ですので、予約日時にお越しになれない場合は事前にご連絡ください (電話 075-465-6116)	
患者情報	
フリガナ： 氏 名： 様	
性 別：男・女	
生年月日： 年 月 日生(才)	
持参品	
・検査予約票 (本紙) ・健康保険証 ・主治医より預かった書類、フィルム、CD-R	
食事制限	
検査部位が腹部・骨盤の場合や、造影剤使用の検査の場合は検査前4時間絶食してください 水分(水・お茶)については、とくに制限はありません	
造影剤について	
・喘息、腎機能が低下している方、過去に造影剤アレルギーがあった方は造影検査を受けられません ・検査後、まれに薬の副作用でじんましん・吐き気などの症状が出る場合があります また極めてまれに血圧低下などの強い症状が出る場合があります その際には副作用に応じて必要と判断した処置を実施します	
その他	
・検査前にカラーコンタクトレンズは外していただきます (ケースをご用意ください) ・マスカラやアイラインは画質に影響を及ぼす可能性があるのでご使用をお控えください ・持続血糖測定センサは検査前に取り外し (廃棄)、検査終了後に新しいセンサを添付する必要があります	



〒602-8319 京都市上京区五辻通六軒町西入溝前町 1035  
社会福祉法人 京都社会事業財団 西陣病院  
画像診断センター  
電話：075-465-6116  
FAX：075-465-7349  
最寄りのバス停 (市バス)  
上七軒 203・10・50・55 系統  
乾隆校前 206・6・46・59 系統  
2 枚目：患者様持参用