

検査依頼票

〔診療情報提供書〕

予約専用電話番号
03-3487-4890

フリガナ		M・F	依頼元	
患者氏名	様		施設名	依頼医
			電話番号	
予約日時	年 月 日 ()		開始時刻	午前 時 分 午後

※MRI検査を受けられる方は**検査開始時刻の15分前**にお越し下さい。
MRI検査は完全予約制です。遅れて来院された場合、当日検査をお受けできないことが
ございますので予めご了承ください。

<p>MRI検査</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予約は1回につき1部位とさせていただきます。 ・当日検査を希望の際はご連絡下さい。 <p>頭部 <input type="checkbox"/>脳 <input type="checkbox"/>脳血管 <input type="checkbox"/>頸部血管 <input type="checkbox"/>VSRAD <input type="checkbox"/>内耳 <input type="checkbox"/>副鼻腔 <input type="checkbox"/>下垂体</p> <p>脊椎 <input type="checkbox"/>頸椎 <input type="checkbox"/>胸椎 <input type="checkbox"/>腰椎 <input type="checkbox"/>仙骨</p> <p>頸部 <input type="checkbox"/>頸部 <input type="checkbox"/>甲状腺 <input type="checkbox"/>顎関節 <input type="checkbox"/>咽頭 <input type="checkbox"/>喉頭</p> <p>胸部 <input type="checkbox"/>縦隔</p> <p>腹部 <input type="checkbox"/>MRCP <input type="checkbox"/>肝臓 <input type="checkbox"/>膵臓 <input type="checkbox"/>腎臓</p> <p>骨盤 <input type="checkbox"/>前立腺 <input type="checkbox"/>子宮・卵巣 <input type="checkbox"/>膀胱 <input type="checkbox"/>骨盤骨</p> <p>四肢 <input type="checkbox"/>肩関節 <input type="checkbox"/>肘関節 <input type="checkbox"/>手関節 <input type="checkbox"/>手指 (右・左) <input type="checkbox"/>膝関節 <input type="checkbox"/>足関節 <input type="checkbox"/>足趾 <input type="checkbox"/>股関節 <input type="checkbox"/>大腿 <input type="checkbox"/>下腿</p> <p>大血管 <input type="checkbox"/>胸部MRA <input type="checkbox"/>腹部MRA <input type="checkbox"/>腎動脈MRA <input type="checkbox"/>下肢動脈MRA <input type="checkbox"/>下肢静脈MRV</p> <p>全身DWI <input type="checkbox"/>頸部～骨盤部</p>	<p>以下の項目についてチェックをお願いします</p> <p><input type="checkbox"/>心臓ペースメーカー 無 ・ 有</p> <p><input type="checkbox"/>人工内耳 無 ・ 有</p> <p><input type="checkbox"/>妊娠の可能性 無 ・ 有</p> <p><input type="checkbox"/>体内金属 無 ・ 有 (種類 時期)</p> <p><input type="checkbox"/>造影 無 ・ 有</p> <p>※以下、造影が必要な場合はご記入下さい</p> <p><input type="checkbox"/>腎機能 クレアチニン mg/dl</p> <p><input type="checkbox"/>気管支喘息 無 ・ 有</p> <p><input type="checkbox"/>アレルギー 無 ・ 有 (薬剤・食品・他)</p> <p><input type="checkbox"/>糖尿病 無 ・ 有 (薬剤)</p> <p><input type="checkbox"/>感染症 無 ・ 有</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

《検査目的》 ※撮影法・画像処理法等、ご要望がありましたらお書きください。



MRI検査を受けられる方へ

MRI検査は、電磁波を利用して人体の断層像を撮影します。検査時間は、20～40分程度です。また、検査時間は撮影する部位によって異なりますのでご了承ください。

◎以下の方はMRI検査を受けられませんのでご注意ください。

- ペースメーカー（MRI対応型を含め）を使用されている方
- 人工内耳を使用されている方

◎以下の方は事前にお知らせください。

- 妊娠の可能性がある方
- 体内金属を留置されている方（脳動脈クリップ・ステント・人工弁・消化管クリップ）
- 人工関節が入っている方
- 口腔インプラント（人工歯根）の方
- マグネット義歯を使用されている方
磁力が弱まる可能性がございます。事前に歯科医にご相談ください。
- 刺繍・ラメ入り化粧品（マスカラ・アイライン等）・ネイルアート等は発熱・変色の恐れがございます。化粧品については落としていただく事がございます。控えめにしていただく様お願いいたします。
- 色付きのコンタクトレンズを使用されている方
外していただく場合がございます。眼鏡・替えのコンタクトレンズ等、ご用意ください。

◎持ち物・衣服について

ファスナーや金属製のボタン・ホック類は撮影に影響が出やすいので、検査当日は金属を使用した服の着用はなるべく避けてください。また、貴重品類の紛失について当院は責任を負いかねますので、当日は必要最小限の持ち込みに留めて頂きます様お願い致します。

◎食事制限について（腹部・骨盤検査以外の方は食事制限はございません。）

- 腹部・骨盤検査の方・・・検査4時間前から食事は控えてください。水分（お茶・水）の摂取は構いません。
- MRCP検査の方・・・・・・検査4時間前から食事は控えてください。
また、2時間前より水分摂取は控えてください。

※内服（飲み薬）につきましては制限はございません。

◎骨盤部（膀胱）の検査を受けられる方へ

膀胱内に蓄尿して検査を行いますので、検査1時間前から排尿（トイレ）は控えていただきます。



三軒茶屋整形外科・スポーツクリニック
整形外科・リハビリテーション科

三軒茶屋整形外科・スポーツクリニック



所在地 〒154-0024
東京都世田谷区三軒茶屋1-37-2 SANCHIA4階
(1Fにセブンイレブンがあります)

アクセス 東急田園都市線「三軒茶屋」駅南口B出口より徒歩1分
東急世田谷線「三軒茶屋」駅徒歩3分
TEL : 03-3487-8341 FAX : 03-3487-8342