

MR I 検査依頼票 (診療情報提供書)

予約専用電話番号 03-3487-4890

FAX番号 03-3487-8342

フリガナ		M・F	依頼元 施設名	依頼医
患者様 氏名	様			
患者様電話番号			電話番号	
患者様 住所	〒	—	予約日時	年 月 日
			開始時刻	時 分

※MRI検査を受けられる方は**検査開始時刻の20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



所在地 〒154-0024
東京都世田谷区三軒茶屋1-37-2 SANCHA4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