

申込日 年 月 日

診療情報提供書(診察・検査依頼)

所沢美原総合病院
放射線科担当医 宛
直通電話 04-2997-8239
専用FAX 04-2997-8022
電話受付時間 9:00~17:00(土日祝日除く)
※上記以外は、担当者が不在となります。

医療機関名			
所在地			
診療科名			
医師名	(印)		
TEL	()	-	
FAX	()	-	

患者基本情報

フリガナ		性別	生年月日		年齢
患者氏名	(旧姓)	男・女	大・昭・平・令 年 月 日		才
住所	〒			電話 - -	
検査依頼	<input type="checkbox"/> MRI	<input type="checkbox"/> CT	読影レポート	<input type="checkbox"/> 要	<input type="checkbox"/> 不要
検査日時	年 月 日 時 分				
診察	科	医師	<input type="checkbox"/> 医師の指定なし		
検査	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> ()関節 R L
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> その他()	
備考					

傷病名・紹介目的

既往歴・家族歴

症状及び治療経過 別紙参照

現在の処方内容

MRI問診票

氏名 _____ () _____

検査名: _____

検査日は _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 より開始予定です。

※紹介元医療機関記入

※検査内容や状況により検査開始時間が前後致します。

※外来撮影時は当日の撮影時間、食事、受付場所等の確認事項の説明を受けてください。

説明者 _____

以下の物は体内にありますか？ (原則禁忌)

1)	心臓ペースメーカー	はい	いいえ
2)	ICD(埋め込み型除細動器)	はい	いいえ
3)	人工内耳	はい	いいえ
4)	1995年以前の脳動脈クリップ	はい	いいえ
5)	乳房再建術の皮膚拡張器	はい	いいえ

以下のような物は体内にありますか？ (MRI撮影注意)

6)	<input type="checkbox"/> DBS(深部脳刺激)	<input type="checkbox"/> インプラント(埋め込み式・マグネット式)	はい	いいえ
	<input type="checkbox"/> 脳のシャント	<input type="checkbox"/> 植込み型心電図		
	<input type="checkbox"/> 薬剤注入ポート	<input type="checkbox"/> スtent(部位: _____)		
	<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル		
	<input type="checkbox"/> リブレ(24時間血糖測定)	<input type="checkbox"/> 温度センサー付きカテーテル (DIBキャップ)		
	<input type="checkbox"/> その他:具体的な内容(刺青等)			

以下のような物を普段付けていますか？

7)	入れ歯 撮影時の保管場所(撮影時記入) (_____)	はい	いいえ
8)	補聴器 撮影時の保管場所(撮影時記入) (_____)	はい	いいえ

9)	閉所恐怖症はありますか？	はい	いいえ
10)	現在、妊娠していますか？または妊娠の可能性がありますか？ * はいの場合は、同意書が必要となります。	はい	いいえ

問診記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日
※患者様記入

確認者署名
(本人・もしくは家族) : _____
※患者様記入

問診者署名: _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日

※紹介元医療機関記入

医師氏名: _____

1)~6)に『はい』がある場合専門医の同意を得た場合のみ行います

※紹介元医療機関記入

撮影者署名 _____

※所沢美原総合病院記入

MRI検査を受けられる患者様へ

注意事項

- 1) 予約時間の30分前までに、受付を済ませてください。時間厳守でお願いします。
- 2) 検査前には、お手洗いを済ませておいてください。
但し、検査部位によっては、排尿を控えていただく場合があります。
- 3) 検査時間は検査部位によって異なりますので、検査担当者もしくは外来にてお尋ねください。
- 4) 検査着に着替えていただきますが、その際次の物は必ず取り外してください。

金属製品

時計・ネックレス・ヘアピン・イヤリング・鍵・ファスナー・ベルト・ブラジャー等

その他

キャッシュカード・テレホンカード・エレキバン・カイロ等

- 5) 次の場合は検査できない場合があります。

刺青・かつら・付け毛・金属が含まれる化粧品(アイシャドウ)・湿布等

- 6) 検査は寝台に寝た状態で行います。
その際ずれないように体を固定させていただきます。
- 7) 検査内容によっては造影剤を静脈注射することがあります。
- 8) 検査が始まると工事現場のような大きな音がしますが、
この音がしている間は撮影中です。
- 9) 予約日・予約時間の都合が悪くなった時は、
当院放射線科までご連絡ください。
- 10) 必ず検査担当者の指示を守ってください。

外来検査当日の注意事項

・撮影日時
年 月 日 時 分

・来院時間 時 分

・食事 検査()時間前から絶食
 検査()時間前から絶飲食
 食事の制限なし

・蓄尿指示 あり なし

・受付場所 1F 総合受付

※検査予定日までに下記に該当する治療をされた方は当院へ事前にご連絡ください。

ペースメーカー(埋め込み型除細動器) 人工内耳 乳房再建術の皮膚拡張器 DBS
脳のシャント 薬剤注入ポート リブレ 植込み型心電図 インプラント(埋め込み式・マグネット式)

所 沢 美 原 総 合 病 院

〒359-0045 埼玉県所沢市美原町2丁目2934-3
TEL (04)2997-8199(代表)