

# M R I 検査予約票

フリガナ

氏名：

検査日時： 年 月 日 ( ) 時 分

検査内容：

\*ご依頼元の医療機関様でご記入ください

1. 検査当日は、**予約時間 30分前**に **1階受付** へお越しください。
2. この**予約票、保険証、診察券** (板倉病院に受診されたことのある方) **を受付にお出しください**。
3. 予約日時に来られない場合は、ご連絡ください。 ※TEL：047-401-5178 (放射線科直通)
4. 安全に検査を受けていただくため、検査着に着替えていただきます。

## ☆検査当日のお食事やお薬について

腹部の検査、あるいは造影MRI検査を受ける方は、検査時間の4時間前より絶飲食してください。  
水と白湯のみ、飲んでいただいて問題ありません。

※腹部以外の単純MRI検査の方は、お食事の制限はありません。

※常用薬は、いつも通り服用・貼付してください。

※糖尿病の方は、当日のお食事・お薬については主治医にご相談ください。

## 交通のご案内

### ●お車でお越しの方

- ・当院正面のナビパークをご利用ください。外来患者様には割引があります。  
(ご利用可能台数に限りがあります。満車の場合は、近隣のコインパーキングをご利用ください)
- ・お車を降りられたら「駐車証明書」を発券してお持ちください。
- ・検査後、受付にご提示いただくと割引券が発行されます。

### ●電車でお越しの方

京成本線 京成船橋駅より徒歩5分  
JR総武線 船橋駅より徒歩7分  
東武アーバンパークライン 船橋駅より徒歩7分

### ●所在地・連絡先

ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

医療法人弘仁会 板倉病院

〒273-0005 千葉県船橋市本町2-10-1

TEL：047-401-5178 (放射線科直通)

# MRI 検査問診票

患者ID:

氏名: \_\_\_\_\_ 身長: \_\_\_\_\_ cm 体重: \_\_\_\_\_ kg

MRI 検査は、体の断面や血管を撮影するために、強い磁場と電磁波を利用します。そのため、体内に心臓ペースメーカーなどの電子機器や金属が存在すると、それらに悪影響を及ぼし、不慮の事故が起こる可能性があります。安全に検査をお受けいただくために下記の質問にお答えください。

1. 今までにMRI 検査を受けたことがありますか? ( ない ・ ある )

2. 心臓ペースメーカー ・ 除細動器 ・ 人工内耳を使用していますか? ( ある ・ ない )

3. 今までに手術を受けたことがありますか? ( ある ・ ない )

『ある』と答えた方へ質問です。手術時、体内に金属を留置しましたか?

該当するものがあれば、○で囲んでください。

脳動脈クリップ(MRI 対応の有無を確認してください) ・ 脳室シャント ・ スtent ・ コイル  
金属製の心臓人工弁 ・ 整形外科手術による金属 ・ 神経刺激装置  
その他・詳細 ( )

4. 最近、内視鏡検査を受け、治療しましたか? ( ある ・ ない )

(検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

5. 金属研磨や板金、旋盤などの金属加工の職歴がありますか? ( ある ・ ない )

『ある』と答えた方へ質問です。目や体内に金属片が入っていますか? ( ある ・ ない )

6. 磁石式の入歯や義眼などを使用していますか? ( ある ・ ない )

7. 補聴器を使用していますか? ( ある ・ ない )

8. 刺青やアートメイクがありますか? ( ある ・ ない )

『ある』と答えた方へ質問です。

火傷や変色の可能性があります。検査に同意されますか? ( いいえ ・ はい )

9. ネイルアート (ジェルネイル・マグネットネイル) をしていますか? ( ある ・ ない )

10. 狭い場所は大丈夫ですか? ( いいえ ・ はい )

11. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか? ( はい ・ いいえ )

※問診票の結果によっては、身体の安全を考え検査を中止することがあります。ご了承ください。

検査予定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 [ \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 ]

検査を受けられるご本人の署名

担当技師の署名

(代筆者 \_\_\_\_\_ )

※施設記入欄

予約時間30分前のエチゾラム内服の有無 ( あり ・ なし )

# 診療情報提供書

(紹介先医療機関) 医療法人弘仁会 板倉病院  
放射線科

(依頼元医療機関)

依頼元医療機関 患者ID		板倉病院 患者ID	
フリガナ			
患者氏名	(男・女)		
生年月日	西暦 T・S・H・R	年 年	月 日生
患者住所	県・都 道・府	市・区 郡	町 村
電話番号	( )		

傷病名 合併症/既往歴			
検査目的			
検査日時	年	月	日( ) 時 分~
撮影指示	単純CT・造影CT・単純MRI・造影MRI・その他( )		
検査部位			
希望出力媒体	CD-R ・ フィルム		
クレアチニン値 (造影のみ記載)	mg/d l ( 年 月に検査実施)		
体内金属の有無	脳動脈クリップ	なし ・ あり	
	ペースメーカー	なし ・ あり	
	その他	なし ・ あり ( )	
備考			