

画像撮影・診断申込書

申込日：平成 年 月 日

岩手県立大船渡病院地域医療福祉連携室 宛

FAX番号：0192-27-7170

紹介元医療機関：

電話番号： - -

紹介元医師名：

FAX： - -

検査希望日時：平成 年 月 日 時 分

(ふりがな)	()	性別	生年月日	明大昭平	年	月	日生
患者氏名		男・女				()	歳
住所	〒 - TEL() -						
岩手県立大船渡病院受診歴 ☐ 有り(診察券番号：) ☐ 無し							
検査種類	☐ CT	☐ MRI	☐ RI	検査部位			
造影	☐ 要 (e-GFR値()) ☐ 不要						
アレルギー歴	☐ 有り() ☐ 無し ☐ 不明						
診断	☐ 診断・レポート必要 ☐ 撮影のみ						
検査目的・指示事項							

【保険情報】

勤務先			連絡先	
被保険者名			続柄	
保険種別	社保・国保	前期・後期高齢者医療	その他 公費負担医療	
保険者番号				
記号・番号 受給者番号				
本人・家族 負担割合	本人・家族	1割・2割・3割	本人・家族	
資格取得年月日				
有効期限				
備考				

岩手県立大船渡病院 地域医療福祉連携室

TEL:0192-26-1111(内線 2022,6788) FAX:0192-27-7170

	MRI検査依頼票		
	A (会 計)		
	検査日	年	月 日
	時 間	時	分～
医師名		Pt. No.	
外来		入院	病棟

科名	内科 01	精神 05	呼吸 10	循環 12	見本	放射 29	麻酔 32	神経 37					
実施記録欄	造影剤	1. マグネチンシリンジ	複写式の伝票となっております。 ご希望の際は当院地域医療福祉連携室 (TEL 0192-26-1111)までお問い合わせください。			記録用 フィルム半切		枚					
		2. リソヒス				コピーフィルム		枚					
		3. フェリデック				部名							
		4.											
造影の有無					撮 影 部 位								
単純のみ		造影のみ		単純+造影		頭部	胸部	腹部	骨盤	頸椎	胸椎	腰椎	他

岩手県立大船渡病院

医 師 記 入	検査注意事項	
	①ペースメーカー、止血クリップ 有・無	②体内金属（材質） 有・無
	③重症不整脈 有・無	④現在妊娠の可能性 有・無
	⑤読影レポートの依頼 有・無	⑥フィルムコピー 有・無
紹介状		
最近のCT所見 CT施行日 年 月 日		
検査部位、目的		

岩手県立大船渡病院

ID
氏名
生年月日
年齢
性別
診療科

MRI検査チェック表

検査日 年 月 日 時 分

項目	項目の有無	材質・年代等
・心臓ペースメーカー(ICD・CRTDも含む) ※MRI対応のものの場合は会社名・型式を 記入し、循環器・CE・放射線科に連絡すること。	有 ・ 無	対応ペースメーカー以外禁忌
・人工内耳・人工中耳	有 ・ 無	原則禁忌
・脳室内シャント	有 ・ 無	
・脳動脈瘤コイル・クリップ	有 ・ 無	
・【可動性義眼・補聴器・入れ歯】※○で囲む	有 ・ 無	
・心臓人工弁	有 ・ 無	
・体内ステント【脳・心臓・腹部・その他】※○で囲む	有 ・ 無	
・人工関節・プレート・スクリュー	有 ・ 無	
・その他体内金属(歯科インプラント・iStent【眼内ドレーン】等)	有 ・ 無	当院でiStentは禁忌
・刺青(火傷や変色の可能性あり) ※上記を患者様に十分説明してください。	有 ・ 無	
・閉所恐怖症	有 ・ 無	
・30～1時間仰向けで動かずにいられるか	不可 ・ 可	
・妊娠の有無	有 ・ 無	
・避妊リング (基本的には検査可能ですが検査部位によっては 画像に影響することがあります)	有 ・ 無	

担当医 _____

【 検査可 ・ 検査不可 】

上記、チェックリストの内容に相違はありませんか？

☐ はい ☐ いいえ

(患者本人が署名できない場合は代理人の方が署名をお願いします。)

記入年月日 平成 年 月 日

患者氏名(自署) _____

代理人氏名 _____

(続柄) _____

MRI検査を受けられる方へ

項目	MRI検査時のリスク
・心臓ペースメーカー(ICD・CRTDも含む)	誤作動・故障・発熱の可能性
・人工内耳・人工中耳	誤作動・故障・発熱の可能性
・脳室内シャント	発熱の可能性
・脳動脈瘤コイル・クリップ	発熱・位置ずれの可能性
・可動性義眼・補聴器・入れ歯	発熱の可能性
・心臓人工弁	発熱・位置ずれの可能性
・体内ステント(脳・心臓・腹部・その他)	発熱・位置ずれの可能性
・人工関節・プレート・スクリュー	発熱の可能性
・その他体内金属(歯科インプラント・iStent【眼内ドレーン】等)	誤作動・故障・発熱の可能性
・刺青	火傷や変色の可能性
・妊娠の有無	胎児への影響
・避妊リング	発熱の可能性

※ICD・埋込型除細動器

CRTD・両心室ペーシング機能付埋込型除細動器

iStent・緑内障治療用の眼内に留置される金属製のドレーン

・当日避けていただく物

①コンタクトレンズ

※コンタクトレンズを着用したまま検査をすると、レンズが発熱を起こして、角膜を傷つける恐れがあります。

検査当日はメガネにしてください、コンタクトレンズを外す準備をしてください。

②化粧(アイシャドー、マスカラ、アイライン等)

※マスカラ等のアイメイクは火傷の原因になります。

検査当日は化粧をしないか、ファンデーションのみにしてください。

『つけまつげ』や『つけまつげ用接着剤』は安全です。

③保温用下着(ヒートテック等)

※ヒートテック等に類似した保温用下着を着用して検査をすると、火傷をしたり、熱感を持ちやすいので、

検査当日は着用を避けるか、検査時に脱いで頂きます。

④貼物(シップ、フランドルテープ、ニコチンパッチ等)

※シップ等を貼ったまま検査すると、火傷の恐れがあります。

検査前に必ずはがしていただくので、貼物がある方は担当技師にお伝えください。