

診療情報提供書

令和 年 月 日

紹介先医療機関名 医療法人大植会 葛城病院

〒

放射線科 担当医 殿

電話

FAX

診療科名

医師氏名

印

患者氏名..... 生年月日 (歳)
患者住所
電話番号 職業

傷病名

紹介目的

M R C P 検査依頼 部位は下記の通り

症状、治療経過および検査結果

現在の処方

検査部位 頭部 () 頸椎 ()
 頸部 () 胸椎 ()
 腹部 () 腰椎 ()
 骨盤部 () 関節 ()
 その他 () 身長 cm 体重 kg

造影剤使用 不要 要 (造影剤使用時、糊状問診票の記入もお願いいたします)

※ 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関等名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保険所名を記入すること。かつ、患者住所及び電話番号を必ず記入すること。
必要がある場合は統一記載して添付すること。
必要がある場合は画像診断、検査の記録を添付すること。

MRC P検査 予約票

患者様氏名 _____ 殿

検査日時 年 月 日 (曜日) 午前 午後 時 分

検査を受けられる方へ

※ 検査当日までに必ずお読み下さい。

- 健康保険証は必ずご持参下さい。葛城病院の診察券をお持ちの方はご持参下さい。
- 予定時間の20分前にお越し下さい。
- 緊急検査割り込みなどにより、検査時間が遅れる場合がありますが、ご了承下さい。
- 検査には30分程度かかります。
- MRI検査は痛みや放射線被ばくはなく、磁場を利用した画像診断装置です。
- 検査中に“トントン”と音が鳴りますが、撮影の音ですので安心して静かに寝ておいて下さい。
- 化粧品や刺青には、金属の薄片が入っており磁石の影響により、眼、皮膚に刺激を受けることがあります。
- 検査当日はなるべく化粧品は控えて下さい。
- 次に該当する方は、必ず主治医、検査担当に申し出て下さい。

生命に関わる危険性がある人

- ① 心臓・頭部の手術をされた方 (クリップ・人工弁など)
- ② 心臓ペースメーカーを装着された方
- ③ 腹部 (特に肝臓) の手術を受けた方
- ④ 血管撮影の検査を受けた方 (エンボリ・ステント・コイル)

体に危険な影響が出る人

- ① 義眼の方
- ② 体内に金属の入っている方 (金属避妊具 (リング等) ・プレート・ボルト)
- ③ 中国針をされている方
- ④ 閉所恐怖症の方
- ⑤ 妊娠中の方

- 次に該当する物は外していただきます。(なるべくお持ちにならないで下さい (特に貴重品))
 - ① 磁気をおびた物 (キャッシュカード・各種カード・クレジットカード・定期券・エレキバンなど)
 - ② 金属類 (時計・眼鏡・小銭・ヘアピン・ネックレス・ピアス・指輪・ホック・ライター・入れ歯・使い捨てカイロ・補聴器・コルセット・かつら等)

これらの物を持ち込みますと、故障したり検査に影響をおよぼすことがありますご注意ください。

- MRCP検査では、お食事を取らずに来院して下さい。
 - ※ 絶食は検査予約時間前4時間以上あけてください。
 - ※ 飲水も検査予約時間前4時間以上あけてください。

造影検査を受けられる方は MRCP 造影検査問診票の記入、同意書への記入後、依頼元にて済ませ検査当日、葛城病院へご持参ください。

御依頼元医師の問診票へのサインが無ければ、検査が受けることができない場合があります。ご了承ください。

ご不明な点があれば、下記までご連絡下さい。

葛城病院 放射線科 電話 072-422-9909 (代)