

# 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

MR I 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 (造影剤使用時別紙申請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。

必要がある場合は続紙に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。

# MR I 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。
- 緊急検査などにより検査時間が前後する場合がありますがご了承下さい。
- 検査時間は検査部位により約30分～60分です。
- MR Iは非常に動きに弱い検査ですので、検査中身体は動かないようにお願いいたします。
- 検査当日はなるべく化粧は控えて下さい。

## ※検査室には検査着に着替え入室して頂きます。

貴重品、金属類はロッカーの中に入れてもらいます。

- その他：補聴器、入れ歯、カラーコンタクトレンズ、増毛パウダー（一部に金属使用）マスク（火傷の症例あるため）、ニトロダームなどは外していただきます。機能性下着（ヒートテックなど）は火傷の恐れがあるため脱いでいただきます。

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。

- 閉所恐怖症の方
- 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方（当院では撮影を行っていません）
- 心臓・頭部の手術をされた方  
（クリップ、コイル、ステント、ペースメーカー、除細動器、弁置換、人工内耳など）
- 体内に金属の入っている方  
（歯科矯正、磁石付きインプラント、金属性避妊具、義眼、鍼治療、金の糸など）
- 入れ墨、アートメイクをされている方  
（発熱など異常が認められた場合検査中止させていただきます）
- 大腸内視鏡検査を2週間以内に当院以外で受けられた方  
（検査直前に申し出された場合、レントゲン撮影による確認や延期させて頂く場合があります）

## <検査前の食事について>

単純MR I 検査 (胸腹部・腹部・骨盤部)	・検査予約時間の4時間前から絶食 ・飲水は直前まで可
骨盤腔内の検査 (泌尿器系・婦人科系)	・検査予約時間の4時間前から絶食 ・2時間前から尿を溜める ・我慢出来ない場合、排尿する前に近くのスタッフへお知らせ下さい ・依頼時に蓄尿が不可欠な場合、検査まで2時間程度待機していただくことがあります
単純CT 検査 (上記以外・整形領域)	食事制限、水分制限 ありません

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)