

MRI検査依頼票

検査日 平成 年 月 日 時 分

宮城病院記載事項 → 検査ID K

氏名	様
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
性別	男 女
施設名	
医師名	

依頼医様へのお願い

- ◎ MRIの予約検査時間は月～金曜日の13時30分～16時30分までです。
- ◎ MRI問診票への記載を必ずお願い致します。無い場合は、検査を行いません。
- ◎ 検査オーダーに関して1部のみでお願い致します。検査時間が大幅に延長するため、四肢等の検査において両側の撮影は2部位になるため、右左どちらか1方向でお願い致します。

患者様への注意事項

- ◎ 患者様は検査時間の30分前まで宮城病院に来院下さる様お願い致します。
- ◎ 急患等の検査が入った場合に予定時間より遅れることをご了承願います。
- ◎ 必ずMRI検査問診票をご持参下さる様お願い致します。無い場合は、検査を行えません。

頭部	<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩部	<input type="checkbox"/> 内耳		<input type="checkbox"/> その他頭部
頸部	<input type="checkbox"/> 咽頭	<input type="checkbox"/> 喉頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺			<input type="checkbox"/> その他頸部
腹部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆嚢(MRCP含む)	<input type="checkbox"/> 膵臓(MRCP含む)	<input type="checkbox"/> 腎臓		<input type="checkbox"/> その他腹部
-----上記の検査は、検査時間の3時間前から絶飲食になります。-----						
骨盤部	<input type="checkbox"/> 卵巣・子宮	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 直腸		<input type="checkbox"/> その他骨盤部
脊椎・脊髄	<input type="checkbox"/> 頸椎・頸髄	<input type="checkbox"/> 胸椎・胸髄	<input type="checkbox"/> 腰椎・腰髄	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	<input type="checkbox"/> 仙椎・尾骨部	
Rt 上肢	<input type="checkbox"/> Rt 肩関節	<input type="checkbox"/> Rt 肘関節	<input type="checkbox"/> Rt 手関節	<input type="checkbox"/> Rt 上腕部	<input type="checkbox"/> Rt 前腕部	<input type="checkbox"/> Rt 手部
Lt 上肢	<input type="checkbox"/> Lt 肩関節	<input type="checkbox"/> Lt 肘関節	<input type="checkbox"/> Lt 手関節	<input type="checkbox"/> Lt 上腕部	<input type="checkbox"/> Lt 前腕部	<input type="checkbox"/> Lt 手部
Rt 下肢	<input type="checkbox"/> Rt 股関節	<input type="checkbox"/> Rt 膝関節	<input type="checkbox"/> Rt 足関節	<input type="checkbox"/> Rt 大腿部	<input type="checkbox"/> Rt 下腿部	<input type="checkbox"/> Rt 足部
Lt 下肢	<input type="checkbox"/> Lt 股関節	<input type="checkbox"/> Lt 膝関節	<input type="checkbox"/> Lt 足関節	<input type="checkbox"/> Lt 大腿部	<input type="checkbox"/> Lt 下腿部	<input type="checkbox"/> Lt 足部

診断名 具体的な検査目的事項等を詳細に記入をお願い致します。読影や検査に必要となります。

会計情報

単	回
純	

撮影技師

MRI 検査予約票

平成 年 月 日 時 分

患者様氏名 _____ 様

患者様への注意事項

- ① 患者様は検査時間の 30 分前まで直接宮城病院の CT/MRI 受付に来院下さるようお願い致します。
- ② 急患等の検査が入った場合には、検査予定時間より遅れる場合がございます。御了承下さいますようお願いいたします。
- ③ 紹介病院様からの検査依頼票と MRI 検査問診票をご持参下さるようお願い致します。
- ④ MRI 検査問診票は、安全上の観点から正確に記入をお願い致します。
- ⑤ MRI 検査の時間は、30～50 分かかります。
- ⑥ 体調不良や諸事情等により検査に来られない場合は、下記に連絡をお願い致します。

連絡先 国立病院機構 宮城病院 放射線科
住所 宮城県亘理郡山元町高瀬字合戦原 100
電話 0223-37-5036 (放射線科直通)

MRI 検査（単純）の問診・同意書

安全に検査を受けていただくために、以下の質問について正確にご記入いただきますようお願いいたします。

（該当するものを○で囲むか、（ ）の中へ具体的な言葉をお書きください。）

- 1) 次の金属の植込みがありますか？ いいえ、はい
①心臓ペースメーカー ②植込み型除細動器 ③人口内耳
④骨成長刺激装置 ⑤インシュリン注入ポンプ ⑥脳・脊髄刺激装置
- 2) 次の金属の手術等により植込みや使用がありますか？ いいえ、はい
①義眼 ②ステント ③脳動脈クリップ ④心臓機械弁
⑤血管グラフト ⑥静脈フィルター ⑦人工関節 ⑧脳室シャント
⑨その他（ _____ ）
上記の物をいつ頃手術等により入れましたか？（ _____ 年前 ）
※埋め込み時期や材質により検査が出来ない場合があります。
- 3) 歯科治療により歯科医からMRI検査の制限を受けましたか。 いいえ、はい
- 4) 貼り薬（心臓等）や刺青やアートメイク（眉毛等）はありませんか。 いいえ、はい
※やけどの恐れがありますので注意が必要です。
- 5) 狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか？ いいえ、はい
- 6) 現在、妊娠中またはその可能性がありますか？ いいえ、はい
- 7) 現在の体重を教えてください。 （ _____ ） kg

☆ 次に挙げるものは故障ややけど、また画像への影響を及ぼすことがありますので検査前に取り外しをお願いいたします。

- ①金属類・・・補聴器，義歯，眼鏡，ヘアピース，ヘアピン，時計，アクセサリ，鍵など
②磁気カード・・・クレジットカード，キャッシュカード，診察券など
③その他・・・カラーコンタクトレンズ，金属付下着，シップ，エレキバン，カイロ，身体補助具など

私は検査内容を十分に理解した上で、MRI検査の実施に同意いたします。

承諾日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

保護者または代理人 _____ 患者様との続柄 _____

上記の患者様に対してMR検査についてその必要性と内容及び起こりえる危険性などについて説明しました。

説明日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師署名 _____

MRI 契約撮影予約及び検査の流れ

- ① 宮城病院放射線科へ**直接予約の電話**をしていただきます。
(放射線科直通電話 0223-37-5036)
- ② 放射線科技師が電話対応し、予約日時を**口頭でお知らせ**いたします
- ③ MRI 検査予約票に**決定した予約日時**と MRI 検査依頼票及び MRI 検査 (単純) の問診・同意書に**必要事項を記入**していただきます。

こちらから予約日等を記載した FAX の返信は行いません
病院名は忘れずに記載してください。

- ④ 記入した **MRI 検査予約票・MRI 検査依頼票**及び **MRI 検査 (単純) の問診・同意書**を患者様にお渡しいただきます。
- ⑤ 患者様には④の書類を持参して、指定された日時の 30 分前に宮城病院放射線科受付窓口に直接おいでいただきます。
- ⑥ 依頼内容の MRI 検査を実施いたします。
- ⑦ 撮影当日は**何も持たずにそのまま患者様にお帰り**いただきます。
- ⑧ 後日遠隔画像診断の結果レポートができましたら、**MRI 検査画像データの CD-R**と **MRI 検査依頼票**及び**直接印刷した読影結果レポート**を特定郵便で郵送いたします。
- ⑨ 依頼元の医院様で検査の全諸費用等を算定していただきます。レセプトには「**画診共同 (国立病院機構 宮城病院)**」と追記して下さい。
- ⑩ 宮城病院より契約内容に基づいた利用料を、依頼元の医院様へ請求させていただきます。

・検査可能な時間は

MRI 検査…休日でない平日 (月曜～金曜 13:30～16:30) となっております。



☆CT・MRI検査の方は
正面玄関より
直接 **CT・MRI受付**
においでください。

宮城病院案内図