# MRI検査依頼/診断情報提供書

医療機関　**大 島 医 院**　〒990－2321　山形市桜田西４－１－14
TEL 023－641－6419　FAX 023－641－6427

（MRI検査予約直通023－641－5211）

大 島 扶 美 殿
ＭＲＩ担当医 殿

年　月　日

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療機関名 | 科名 | 主治医名 | 連絡先 | | | |
| 来院予約日時 | 年　月　日　曜日　午前・午後　時　分 | | | | | |
| 患者 | フリガナ | | 住所 | | | |
| | 氏名 | | | | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和　年　月　日生（　歳） | 男・女 | 電話番号 | | |
| 紹介目的 | MRI検査依頼<br>部位　脳・顎・頸部・胸部（　）・腹（肝・胆・膵・腎）・骨盤・股関節<br>脊椎脊髄（頚・胸・腰）・膝（左・右）ACL（有・無）・肩（左・右）<br>アンギオ（　）・その他（　）<br>撮影方法と断面の希望　大島医院判断<br>その他（　） | | | | | |
| 造影検査 | 有・無・一任　（有の場合、3か月以内のクレアチニン値をご提供下さい）　mg/dl<br>（造影検査を希望される場合は下記を確認のうえチェックをお願いします）<br>□ 依頼医は患者に造影の目的と副作用などの有害事象について説明し、承諾を得てください<br>□ 画像診断専門医が患者の身体状態や疾患に対する造影検査の損益を考慮し、造影を中止することがあります | | | | | |
| 臨床診断名 | | | | | | |
| 既往歴及び家族歴 | | | | | | |
| 症状経過及び検査目的治療経過など | | | | | | |
| 患者に関する留意事項 | 薬剤などアレルギー歴　無・有　具体名（　）<br>手術歴　無・有　手術名（　）<br>感染症　無・有　具体名（　）<br>体内常磁性金属　無・有　具体名（　）<br>MRI禁忌医療器具（ペースメーカー、除細動器、人工内耳など）　□確認済（チェックをお願いします） | | | | | |
| 現在の処方 | | | | | | |
| 備考 | ※基本はCD-Rでの返却となります　□フィルム（必要な場合のみチェックをお願いします） | | | | | |

※参考となるＸ線画像及び他の画像診断データ等に関する資料をできるだけ添付してください。

# ＭＲＩ検査のため、来院される方へ

**大島医院 画像診断部**
〒990－2321　山形市桜田西4－1－14
TEL 023-641-6419　FAX 023-641-6427
検査予約直通　023－641－5211

## 来院予約日時は

| 年 | 月 | 日 | 曜日 | 午前<br>午後 | 時 | 分です。 |
|---|---|---|---|---|---|---|

| |
|---|
| |

様の検査が予定されています。

上記時刻の15分前まで受付を済ませてください。

## 【当日持参するもの】

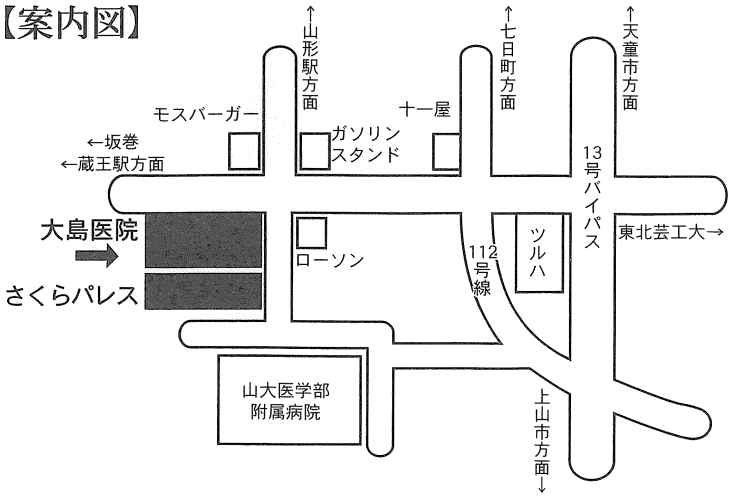
□資格確認証／マイナンバーカード　□各種医療証
□この用紙　□医療機関からの紹介状

※予約時間に遅れますと検査開始が大幅に遅れることがありますので、ご注意ください。
※ご都合により来院できない場合、その他ご不明な点があれば、023-641-5211（検査室直通）までお問い合わせください。

★当日の注意事項をお知らせします★

1、ドラムをたたく様な音が聞こえますが、危険はありません。静かに動かないで休んでいてください。
2、体内に磁石に反応する金属のある方は原則として検査できません。
（例；心臓ペースメーカー、除細動器、人工内耳等）
3、補聴器、入れ歯、ヘアーピン、アクセサリー類、時計、眼鏡、鍵などの金属類、磁気カード類、鍼灸針、リブレ、カイロ、ヒートテックインナーなどすべてはずして検査します。なるべく身に着けないでご来院ください。
4、化粧品（アイシャドウ・マスカラ・増毛パウダー・ジェルネイル等）、カラーコンタクトの中には金属を含んでいるものがありますので、検査前に落としてください。
5、腹部（MRCP）検査をうける方は、来院前４時間の絶食および２時間の絶飲をお願いいたします。
6、費用は健康保険の種類によって異なります。

## 【案内図】




**＜交通のご案内＞**

**バス**

山形駅または山交ビルから
・・・大学病院前行きに乗車
桜田西下車（徒歩２分）

上山方面からのバス
・・・桜田下車（徒歩８分）

山形市内からのバス
・・・大学病院口下車（徒歩８分）