

MRI検査依頼票

フリガナ 氏名				様
生年月日	T・S・H 年 月 日	性別	男・女	

依頼施設	
指示医	

外科・内科	
頭頸部	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部
	<input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 聴覚器
胸腹部	<input type="checkbox"/> 胸部
	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔
	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 前立腺
MRA	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部
	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 下肢

検査日	年 月 日
午前・午後	時 分

指示	
断面	<input type="checkbox"/> Axのみ
	<input type="checkbox"/> Ax+Sag <input type="checkbox"/> Ax+Cor <input type="checkbox"/> Cor+Sag
選択	<input type="checkbox"/> 一任
	<input type="checkbox"/> T1 <input type="checkbox"/> T2 <input type="checkbox"/> T2* <input type="checkbox"/> PD
(シーケンス)	<input type="checkbox"/> FLAIR <input type="checkbox"/> STIR <input type="checkbox"/> DWI

整形外科	
椎体 骨盤	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部
	<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎 <input type="checkbox"/> 骨盤
上肢	<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘関節
	<input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手
下肢	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝関節
	<input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 踵骨 <input type="checkbox"/> 足

- 別紙チェックリストに当てはまる方は、安全上の観点から検査を控えていただきます。
- 補聴器、腕時計、磁気カード、携帯電話、鍵、ベルト、入れ歯、カイロは事前に取り外していただきます。
- 頭部を検査する方は、アイライン、マスカラ、カラーコンタクトレンズは控えてください。
- 普段飲んでいるお薬は欠かさず飲んでください。
- 検査は仰向けで20分～30分程度かかります。

詳細指示

MRI検査事前チェック票

お名前	()歳			
生年月日 T・S・H・R	年 月 日	男・女	体重	kg

MRI検査は、強い磁石を使用して検査を行うため、身体に金属がある場合、画像の乱れや人体に危険を及ぼすことがあります。

～安全に検査を行うために以下の質問に☑してください。～

1、MRI検査を以前受けたことがありますか？

いいえ はい()

2、医療用電子機器を使用していますか？(この項目に該当する方は検査不可です。)

いいえ はい(以下に☑ 入れてください)

ペースメーカー 植込み型除細動器 脳室シャント 人工内耳
神経刺激装置 その他()

3、手術や治療等による医療用金属が埋め込まれていますか？(該当する方は要確認)

いいえ はい(以下に☑ 入れてください)

ステント クリップ コイル プレート・ボルト 人工関節
心臓人工弁 インスリンポンプ インプラント 歯列矯正器具
その他()

4、人工的な物を身に着けていますか？

いいえ はい(以下に☑ 入れてください)

義眼 義肢 ウィッグ(かつら) 補聴器 装具・コルセット
カラーコンタクトレンズ 増毛パウダー その他()

5、体内に外傷等による金属片が入っている可能性はありますか？

いいえ はい()

6、身体にイレズミ・タトゥーがありますか？

いいえ はい()

7、経皮吸収貼付剤(貼り薬、ニトロダーム、ニコチネルなど)を貼っていますか？

いいえ はい()

～女性の方のみお答えください～

8、妊娠またはその可能性はありますか？

いいえ はい()

その他ご不明な点がございましたら、検査前にお知らせください。