

# ① MRI 検査依頼書（依頼医控）

検査予定 年 月 日	年 月 日 曜日	検査開始 予定時間	午前 午後	時 分	開始時間の30分前にはお越し下さい
ふりがな 患者名		申 込	病 院 医 院		
M・T・S・H	年 月 日生 ( 才 )	主 治 医 連 絡 先		( )	-
住 所					
検 査 部 位		検 査 指 示	単 純 造 影	血清クレアチニン値 ( mg/dl ) 平成 年 月 日 データ	
MRIチェックリスト			体重	造影検査の時の確認 ↑:記載要	
手術歴	有 ・ 無	ペースメーカー・ICD	有 ・ 無	腎機能の低下	有 ・ 無
有 ( )		閉所恐怖症	有 ・ 無	ぜんそく	有 ・ 無
体内金属物	有 ・ 無	刺青	有 ・ 無	薬剤アレルギー	有 ・ 無
有 ( )		妊娠の可能性	有 ・ 無	有 ( )	
MR耐性の材料である	はい・いいえ			β ブロッカー投薬中	有 ・ 無
臨床症状・疾患名・主訴などできるだけ詳しくお知らせください					
以下クリニック使用欄			メディア	フィルム ( ) 枚	
撮影条件	水平断 矢状断 冠状断 その他	造影剤	マグネビスト	オムニスキャン	リゾビスト
			プリモビスト	他 ( )	ml
			通常造影	ダイナミック	
			経口薬	ボースデル	フェリセルツ
撮影日	年 月 日	MR No.	技師		

## ② 診療情報提供書（MRI検査）

検査予定 年 月 日	年 月 日 曜日	検査開始 予定時間	午前 午後	時 分 開始時間の30分前にはお越し下さい	
ふりがな 患者名		申 込 病 院 医 院			
M・T・S・H 年 月 日生（ 才）		主 治 医 連 絡 先		（ ） —	
住 所					
検 査 部 位		検 査 指 示		単純造影 { 血清クレアチニン値（ mg/dl） 平成 年 月 日データ	
MRIチェックリスト			<b>造影検査の時の確認 ↑：記載要</b>		
体重 k g					
手術歴 有（ ）	有 ・ 無	ペースメーカー・ICD	有 ・ 無	腎機能の低下	有 ・ 無
体内金属物 有（ ）	有 ・ 無	閉所恐怖症	有 ・ 無	ぜんそく	有 ・ 無
MR耐性の材料である	はい・いいえ	刺青	有 ・ 無	薬剤アレルギー	有 ・ 無
		妊娠の可能性	有 ・ 無	有（ ）	
				β ブロッカー投薬中	有 ・ 無
臨床症状・疾患名・主訴などできるだけ詳しくお知らせください					
以下クリニック使用欄		メディア		フィルム（ ）枚	
撮影条件	水平断 矢状断 冠状断 その他	造影剤	マグネビスト オムニスキャン リゾビスト プリモビスト 他（ ） ml 通常造影 ダイナミック 経口薬 ポースデル フェリセルツ		
撮影日	年 月 日	MR No.	技師		

# ③ MRI 検査について（患者様用）

検査予定 年 月 日	年 月 日 曜日	検査開始 予定時間	午前 午後	時 分 開始時間の30分前にはお越し下さい
ふりがな 患者名		申 込	病 院 医 院	
M・T・S・H	年 月 日生（ 才）	主 治 医	連 絡 先	（ ） -
住 所				
検 査 部 位		検 査 指 示	単純 造影 他（ ）	

## 検査にあたって

検査当日は**健康保険証**と主治医からの**MRI検査依頼書**をご持参ください。手続きや更衣等の準備がありますので、**予約時間の30分前まで**にお越しください。また、やむを得ない事情により検査の開始時間が変わることがありますがご了承ください。

検査の前に検査の説明書と問診票・同意書をお渡しします。説明書をお読みになって問診票にお答えください。検査に対するご理解をいただいて検査をします。検査についてご理解の上、同意書にご署名をお願いします。

## MRI検査について

- MRI検査は、強力な磁石と電波を使って体を調べる画像診断です。検査時間は20～40分程度です。
- 検査中体を動かすと不十分な検査となります。できるだけ動かないようにしてください。検査中になにかあれば、スイッチで合図をすることができます。
- 胸部や腹部を検査される方は、検査中に息を止めて撮影をすることがあります。
- 検査中は体がトンネル状の装置内に入ります。閉所恐怖症の方はお申し出ください。
- 心臓ペースメーカー・埋め込み除細動器・人工内耳など体内留置の取り外せない電子機器を使用している方は検査ができません。
- 心臓人工弁手術、脳動脈瘤手術、整形外科手術で人工関節や骨の金属固定をしている方や磁石で固定する入れ歯をしている方は、検査できないことがあります。あらかじめ主治医と相談してMRIができるかを確認してください。
- 刺青のある方はまれにヤケドの危険性がありますので、主治医に申し出てください。
- アイライン、マスカラ等のお化粧品は検査に支障があります（化粧品は検査前に落して頂きます）。腹部の検査をされる方は検査2時間前までに食事を済ませて、以後は水分だけにしてください。MRCPの検査をされる方は、検査5時間前に食事を済ませて、以後は絶飲食にしてください。それ以外の部位で単純（造影でない）検査する方は、普通に食事をしていただいて結構です。

## 造影MRI検査について

- 造影検査を予定されている方は検査2時間前から絶食してください。軽く水分をとることは問題ありません。
- 副作用のない薬剤はありませんが、検査用の薬は重篤な副作用の可能性は低い薬剤です。検査前にも説明をします。納得して検査を受けてください。
- 造影検査の方は、**おくすり手帳（内服薬一覧表）・直近の血液検査データ**を持ってきていただくと確認がスムーズです。

○駐車場：駐車場が少ないため、できるだけ公共交通をご利用ください

○交通機関 市バス 百万遍下車北へ70m東側

JR 京都駅から 206系統・17系統  
 阪急河原町駅から 3系統・17系統・201系統  
 地下鉄烏丸今出川駅から 201系統・203系統  
 地下鉄東山駅から 206系統  
 京阪電車・出町柳駅より今出川通東へ徒歩15分で百万遍交差点

医聖会 百万遍クリニック

Tel. (075) 791-8202 Fax. (075) 705-0025

京都市左京区田中門前町103-5

ご不明の点がございましたらお問い合わせください

