

診療情報提供書 MRI 検査依頼書 (ご案内および注意事項)

(本人様お控え)

受診者情報		申込日		年	月	日
フリガナ	氏名			様 男・女		
M・T・S・H	年	月	日生	才		
住所	(〒 -)					
電話番号	(日中連絡のつくところ)					
検査日時	年	月	日	午前	午後	時 分

・当日は検査開始時刻の単純検査は15分前、造影検査は30分前にお越し下さい。
 ・保険証と依頼書(御池クリニック宛)を必ずご持参下さい。
 (検査は予約制になっておりますので、予約日時にお越しになれない場合は、検査前日までにご連絡下さい。)
 荷物は全てロッカーに入れて頂きますので、高価な物や必要以上の現金をお持ちにならないようにお願いします。

検査について

- 補聴器、腕時計、携帯電話、磁気カード(キャッシュカード・定期券)などは使えなくなるので持ち込まないで下さい。
- コンタクトレンズ(特にカラーコンタクト)は検査前にお外し頂きますので、ケースをご持参下さい。
- ヒートテック素材の衣服は火傷の可能性がありますので、検査前に更衣をしていただきます。
- 検査は30分ほど安静にしたまま横になっていただきます。長時間横になる事が無理な場合、風邪などで咳が止まらない場合などは事前にご連絡下さい。

食事制限について

検査部位が『上腹部、下腹部の場合』、および検査部位にかかわらず『造影検査の場合』は、検査前4時間の絶食をお願いします。水分(水またはお茶)につきましては、特別に指示が無ければ検査開始まで摂って頂いて結構です。

造影検査を受けられる方へ

ぜんそく・腎機能が低下している方・今までに造影剤アレルギーのあった方は基本的に造影検査を行うことができません。(該当する項目がございましたら、主治医の先生にご相談下さい。)

また、まれに薬の副作用で「じんましん・むかつき」等の症状がでる場合があります。また、極めてまれにですが、強い症状が出る場合があります。その際には必要と判断した処置を適宜実施いたします。

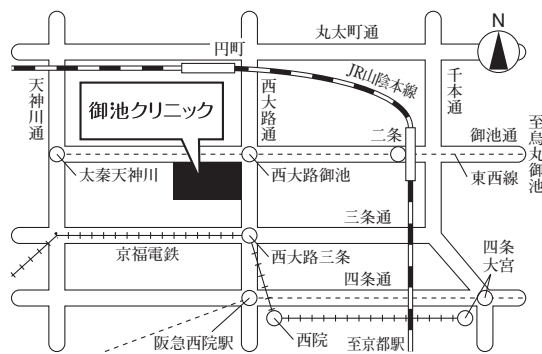
<主治医の先生へのお願い>

- 下記に該当する場合は当院では検査実施できませんので、事前にチェックをお願いします。
 ペースメーカー、頭部止血クリップ使用者、心臓人工弁置換者、眼球内金属異物の混入した方、妊娠初期(妊娠14週未満)の方、付属物(点滴、IVH、ドレーンなど)を付けておられる方、ステント留置後3ヶ月以内の方、気管支喘息の方、腎機能が低下している方、造影剤アレルギーのある方の造影検査
- 造影剤を使用される場合は必ず、喘息・各アレルギーのチェック、またクレアチニン値の測定・記入をお願いします。
- 安静を保つため、麻酔・鎮静剤等が必要な場合は主治医が必ずご同伴下さい。

知音会

御池クリニック
 人間ドック・PET画像診断センター
 〒604-8436 京都市中京区西ノ京下合町11
 SHIMADZU PLAZA 1F(西大路御池西南角)
 TEL 075-823-3000 (代表)
 075-823-3080 (予約直通)
 FAX 075-823-3201
 URL <http://www.oike-clinic.jp/>

本依頼書は上記のホームページからもダウンロード可能です。



京都市営地下鉄東西線「西大路御池駅」出入口3番からすぐ

診療情報提供書 MRI 検査依頼書 (御池クリニック宛)

御池クリニック 担当医 宛

受診者情報		申込日 年 月 日		
フリガナ	氏名	様 男・女	紹介元医療機関名	
M・T・S・H	年 月 日生	才	診療科	主治医
			電話 ()	-
住所	(〒 -)			
電話番号	(日中連絡のつくところ)			
ID	検査日時	年 月 日	午前 午後	時 分
<u>臨床診断名</u>		<u>手術歴</u>		
<u>現病歴 (症状)</u>				
<u>検査目的</u> <input type="checkbox"/> スクリーニング				
<u>検査部位・指示</u>		【撮影方法についてのご指示はこちらにご記入下さい。】		
<input type="checkbox"/> 頭部MRIのみ <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頸 椎 (整形) <input type="checkbox"/> 胸 椎 <input type="checkbox"/> 腰 椎 <input type="checkbox"/> 頸部MRI (耳下腺～鎖骨上窩) <input type="checkbox"/> 上腹部MRI <input type="checkbox"/> 上腹部MRI+MRCP <small>(MRCPは単純で検査可能です)</small> <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 乳腺		<input type="checkbox"/> 膝関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 手関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 足関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 肩関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 () --- MRA --- <input type="checkbox"/> 頸部単純MRA <small>(頭部MRIとは別に1単位必要)</small> <input type="checkbox"/> 下肢単純MRA <input type="checkbox"/> 下肢造影MRA		
<u>撮 影 手 技</u>		<u>造影時チェック(造影時必須)</u>		<u>患 者 状 態</u>
<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影MRAngio		<input type="checkbox"/> 喘息無し <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー無し <input type="checkbox"/> クレアチニン値測定 _____ mg/dl <input type="checkbox"/> e-GFR 値測定 _____ ml/min		<input type="checkbox"/> MRI 禁忌医療器具 (ペースメーカー・除細動器等) なし <input type="checkbox"/> 妊娠なし (LM: / ~ 日間) ・体内金属: 無 ・ 有 (材質:) ・アレルギー: 無 ・ 有 (内容:) ・感染症: 無 ・ 有 (内容:)
※造影時には必ず全ての項目のご確認をお願いいたします。禁忌事項がある場合、造影検査はできませんのでご了承下さい。造影可能かご不明な場合はお尋ね下さい。				
※画像返却方法にチェックをお願いします。(必ずチェックをお願いします。) <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R (どちらも必要な場合は両方にチェックをして下さい。)				
造影剤	<input type="checkbox"/> マグネビスト 10ml <input type="checkbox"/> マグネビスト 20ml <input type="checkbox"/> プロハンス ml <input type="checkbox"/> プリモビスト ml <input type="checkbox"/> フェリセルツ 包 <input type="checkbox"/> マグネスコープ ml <input type="checkbox"/> プスコパン <input type="checkbox"/> 生食 20ml× 本 <input type="checkbox"/> ()			
フィルム枚数	<input type="checkbox"/> 半切× 枚	<input type="checkbox"/> CD-R 枚	機種	<input type="checkbox"/> Ava <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Sky
				担当技師

太枠の中以外すべてご記入下さい

MRI (御池クリニック控)

御池クリニック

代表 TEL 075-823-3000

FAX 075-823-3201

診療情報提供書 MRI 検査依頼書 (ご依頼先控え)

受診者情報		申込日 年 月 日		
フリガナ				紹介元医療機関名
氏名	様 男・女		診療科	
M・T・S・H	年	月	日生	才
				主治医
				電話 () -
住所	(〒 -)			
電話番号	(日中連絡のつくところ)			
ID		検査日時	年 月 日	午前 午後 時 分
<u>臨床診断名</u>		<u>手術歴</u>		
<u>現病歴 (症状)</u>				
<u>検査目的</u> <input type="checkbox"/> スクリーニング				
<u>検査部位・指示</u>		【撮影方法についてのご指示はこちらにご記入下さい。】		
<input type="checkbox"/> 頭部MRIのみ <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 (整形) <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 頸部MRI (耳下腺～鎖骨上窩) <input type="checkbox"/> 上腹部MRI <input type="checkbox"/> 上腹部MRI+MRCP <small>(MRCPは単純で検査可能です)</small> <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 乳腺		<input type="checkbox"/> 膝関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 手関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 足関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 肩関節 (みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 () - - - MRA - - - <input type="checkbox"/> 頸部単純MRA <small>(頭部MRIとは別に1単位必要)</small> <input type="checkbox"/> 下肢単純MRA <input type="checkbox"/> 下肢造影MRA		
撮 影 手 技		造影時チェック(造影時必須)		患 者 状 態
<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影 <input type="checkbox"/> 造影MRAngio		<input type="checkbox"/> 喘息無し <input type="checkbox"/> 造影剤アレルギー無し <input type="checkbox"/> クレアチニン値測定 <small>_____ mg/dl</small> <input type="checkbox"/> e-GFR 値測定 <small>_____ ml/min</small>		<input type="checkbox"/> MRI 禁忌医療器具 (ペースメーカー・除細動器等) なし <input type="checkbox"/> 妊娠なし (LM: / ~ 日間) ・体内金属: 無 ・ 有 (材質:) ・アレルギー: 無 ・ 有 (内容:) ・感染症: 無 ・ 有 (内容:)
※造影時には必ず全ての項目のご確認をお願いいたします。禁忌事項がある場合、造影検査はできませんのでご了承下さい。造影可能かご不明な場合はお尋ね下さい。				
※画像返却方法にチェックをお願いします。(必ずチェックをお願いします。) <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> CD-R (どちらも必要な場合は両方にチェックをして下さい。)				
造影剤	<input type="checkbox"/> マグネビスト 10ml <input type="checkbox"/> マグネビスト 20ml <input type="checkbox"/> プロハンス ml <input type="checkbox"/> プリモビスト ml <input type="checkbox"/> フェリセルツ 包 <input type="checkbox"/> マグネスコープ ml <input type="checkbox"/> プスコパン <input type="checkbox"/> 生食 20ml× 本 <input type="checkbox"/> ()			
フィルム枚数	<input type="checkbox"/> 半切× 枚	<input type="checkbox"/> CD-R 枚	機種	<input type="checkbox"/> Ava <input type="checkbox"/> Van <input type="checkbox"/> Sky 担当技師

太枠の中以外すべてご記入下さい

MRI(ご依頼先控)

御池クリニック

代表 TEL 075-823-3000

FAX 075-823-3201