

診療情報提供書 兼 MRI撮影依頼書

<紹介先>

医療法人医徳会 真壁病院
担当医先生 宛

年 月 日

電話番号 0225-82-7211

FAX番号 0225-82-7149

<ご紹介元>

医療機関名
所在地
電話番号
FAX番号
医師名

⑩

予約日時	年	月	日	時	分
------	---	---	---	---	---

カナ		男 ・ 女	生年月日	西暦 年 月 日 (歳)
患者氏名				
住所	〒		電話番号	
体重	k g	移動	独歩 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー	

診断名	
撮影目的 病状 及び 治療経過	

検査部位	頭部 ・ 頸部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 腹部 ・ 骨盤部 (右/左) 肩関節 ・ (右/左) 股関節 ・ (右/左) 膝関節 ・ その他 ()
造影	無 ・ 有 (右記記載ください) → CRE _____mg/d l eGFR _____ml/min/1.73m ²
読影	希望しない ・ 希望する
その他	

本書を記載後、上記FAX番号へご送信ください。

MRI撮影について（患者様用）

患者氏名		生年月日	西暦 年 月 日 （ 歳）
予約日時	年 月 日 時 分 ※予約時間の30分前迄に受付をお願いします。		
撮影 医療機関	医療法人医徳会 真壁病院 住 所：宮城県東松島市矢本字鹿石前109-4 電話番号：0225-82-7111		

MRI撮影とは？

MRI撮影は、強力な電磁石のトンネルの中に身体を入れ、磁気と電波を利用して断面像を撮影します。
 身体のあらゆる角度の断面像を撮影することができ、病変の診断に大変役立ちます。
 放射線被ばくの心配はありません。

MRI撮影の注意事項

- ・高校生以下の方は、保護者同伴でお願いいたします。
- ・閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。撮影できない場合があります。
- ・**次の医療機器、体内金属等が入っている方は撮影できない場合があります。**
 撮 影 不 可：心臓ペースメーカー、義眼、人工内耳、刺青
 確認が必要もの：脳動脈クリップ、人工心弁膜、人工関節、金属ステント、シャント、ボルト、プレート(整形手術)
 歯科インプラント、その他体内金属 など
- ・化粧やマニキュア等は火傷の恐れがあるため、お控えください。
- ・**造影検査をおこなう場合、腎機能検査が必要となります。**

予約～当日の注意事項

- ・予約日時を変更したい場合や予約をキャンセルしたい場合、真壁病院放射線室(0225-82-7211)までご連絡ください。(受付時間 平日 9時～17時 第2・4土曜日 9時～12時)
- ・**撮影当日は、次のものをご持参ください。**
保険証、紹介状、MRI撮影について(本書)
- ・撮影予約時間の30分前には受付をお済ませください。
- ・腹部撮影又は造影撮影をおこなう場合、午前中に撮影をされる方は朝食を摂らないでください。
 また午後に撮影をされる方は、昼食を摂らないでください。
なお、腹部撮影と造影撮影以外の方は、食事に制限はありません。

受付後～撮影中の注意事項

- ・撮影前に検査着に着替えていただきます。
- ・**次のものは全て外していただきます。**
入れ歯、コンタクトレンズ、金属の付いた下着、カツラ、ヘアピン、腕時計、アクセサリ、補聴器、カイロ、湿布薬 等
また、金属粉が入っている可能性がある化粧は全て落としていただきます。
- ・撮影時間は、撮影部位により異なります30～60分程度かかります。
 撮影中は、『ドン・ドン』と大きな音がします。正常な撮影音ですのでご了承ください。
 撮影中に身体が動くと画像が乱れてしまいます。できるだけ動かないようにお願いします。
 撮影前にコールスイッチをお渡しします。途中で気分が悪くなったらスイッチを押してください。

ご不明な点や心配なことがありましたら真壁病院放射線室(0225-82-7211)までお問い合わせください。