

# MRI 検査依頼書 患者さまご案内

## ① 紹介患者様用

記載日 年 月 日

## ① 予約検査日時

年 月 日 時 分

依頼される先生方へ

- ※ 検査は総て予約制です。予約完了時に予約検査日時をご記入下さい。
- ※ 1枚目を患者様にお渡し下さい。
- ※ 2枚目の診療情報提供書兼検査依頼書の記入(造影時チェック項目)もお願いします。
- ※ 3枚目が紹介元医療機関用控えです。

※予約時間の **40分前**までには当院受け付けをお願いしております。  
造影または一任の場合は60分前(問診・説明・同意書等のため)

フリガナ 氏名	様	男 女	体重 Kg
------------	---	--------	----------

生年月日	MTSH	年	月	日	歳	コピー希望 無・CD・Film
------	------	---	---	---	---	--------------------

紹介先医療機関  
社会医療法人 黎明会 宇城総合病院 Tel. 0964-32-3111

紹介元  
医療機関

依頼者名

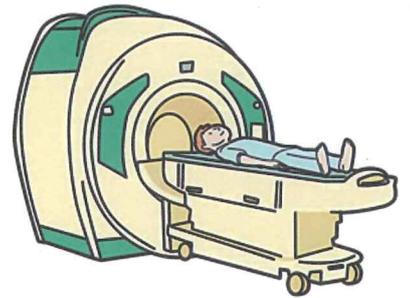
TEL -

- ★ 次の患者様については、① 脳動脈瘤クリッピング術後 ② 乳幼児、体動を静止できない人  
予約前にご相談下さい。 ③ 体内に金属のある人 ④ タトゥー(入れ墨)のある人 ⑤ 妊娠12週までの妊婦

この用紙(1枚目)は患者様にお渡し下さい

## 【MRI検査を受けられる患者様へ】

X線検査と異なり放射線被ばくの心配はありません。ベッドに横になったまま、丸い穴の中に体ごと入って検査をします。ただし、検査中に大きな音がします。



強力な磁場の中で検査をするために制約があります。



ペースメーカー装着者  
**入室禁止**  
(条件付きMRI対応製品を除く)

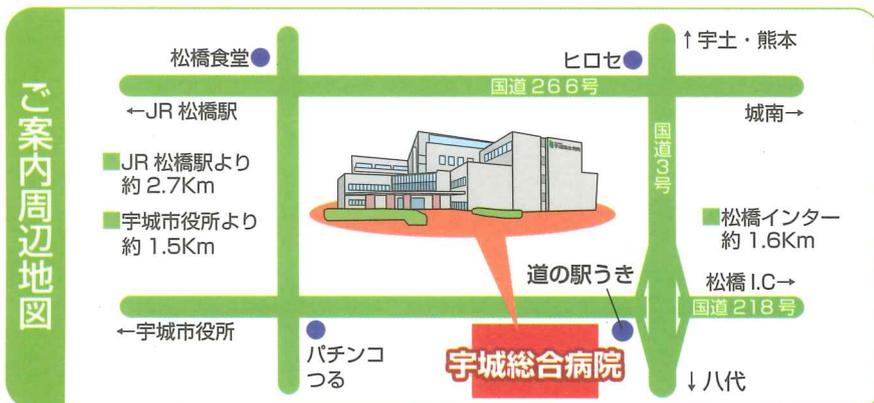
## 検査室に持ち込めない物 ※主に金属製品(着替えの際ロッカーに保管できます)

めがね、補聴器、入れ歯、ヘアピン、かつら、ネックレス、腕時計、財布、エレキバン、ベルト、金具付き下着など



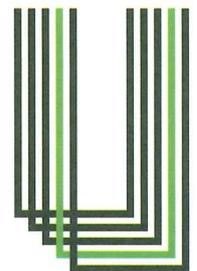
カラーコンタクトレンズ、ラメ入りスプレーやマスカラ、エナメルマニキュアもお控え下さい(発熱することがあります)

重要：閉所恐怖症または以前にMRI検査で気分が悪くなられた方は事前に係りまでお申し出下さい。



※ 時間に余裕を持ち、気をつけてご来院下さい。  
検査に遅れたり、キャンセルされる場合早めのご連絡をお願いします。

## ① 紹介患者さまご案内



社会医療法人 黎明会

**宇城総合病院**

〒869-0532 宇城市松橋町久具 691 番地

Tel. 0964-32-3111(代表)

## ② MRI 検査依頼書 兼 診療情報提供書

② 宇城総合病院用

記載日 年 月 日

予約検査日時 年 月 日 時 分

依頼される先生方へ

- ※ 検査は総て予約制です。予約完了時に予約検査日時をご記入下さい。
- ※ 1枚目を患者様にお渡し下さい。
- ※ 2枚目の診療情報提供書兼検査依頼書の記入(造影時チェック項目)もお願いします。
- ※ 3枚目が紹介元医療機関用控えです。

※宇城総合病院使用欄  
ID

フリガナ  
氏名

様  
男女

体重  
Kg

生年月日 MTSH 年 月 日 歳

コピー希望  
無・CD・Film

紹介元  
医療機関

依頼者名

紹介先医療機関

社会医療法人 黎明会 宇城総合病院 Tel. 0964-32-3111

この用紙は宇城総合病院宛ての診療情報提供書を兼ねています。【チェック項目】造影またはその可能性がある場合のみ

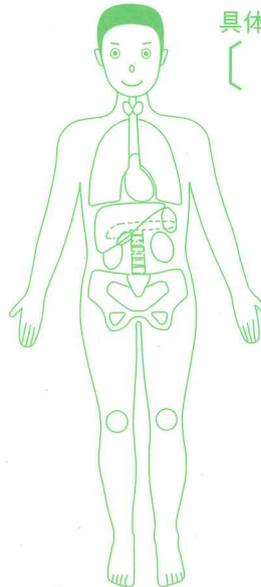
【臨床診断】

HBs (+・-) 喘息アレルギー (+・-)  
HCV (+・-) 薬剤アレルギー (+・-)  
腎機能障害 (+・-) クレアチニン( mg/dL)

【現病歴・主要検査所見】

【検査部位・内容】※MRCPと腹部造影は別枠でご予約ください  
単純・造影 検査範囲が狭いほうが緻密なデータがとれます

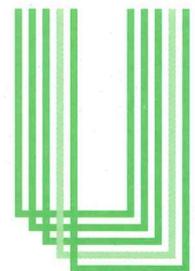
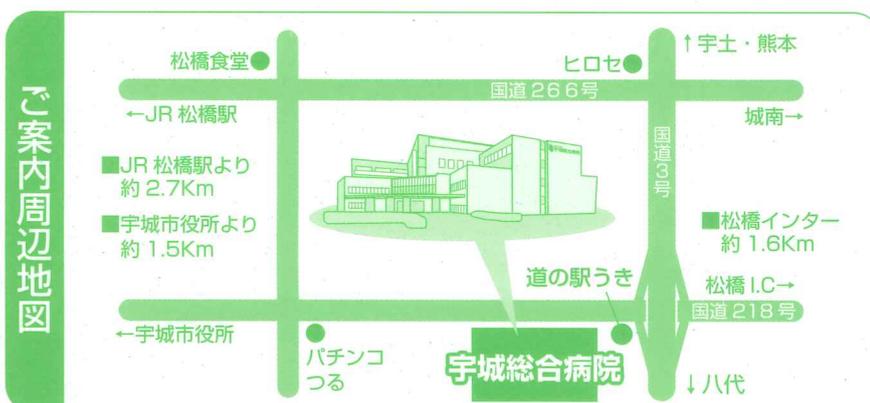
具体的に記述または図示



【目的】

精密検査・経過観察・治療判定  
・その他

【希望・注意事項】



社会医療法人 黎明会

宇城総合病院

〒869-0532 宇城市松橋町久具 691 番地  
Tel. 0964-32-3111(代表)

② 宇城総合病院用

宇城総合病院 2017.1