

東千葉メディカルセンター
検査予約受付 FAX 番号 0475-50-1334
電話番号 0475-50-1336

CT・MRI検査 診療情報提供書

予約日時: _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

下記の空欄部分に必要事項をご記入ください。

紹介医療機関名称・所在地

電話番号:

FAX番号:

医師名:

フリガナ		性別	生年月日		
患者氏名		男 女	大正・昭和・平成	年	月 日
住 所					電話番号

〈検査項目〉

<input type="checkbox"/> CT検査				<input type="checkbox"/> 読影依頼[有・無]
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	
<input type="checkbox"/> 脊椎()	<input type="checkbox"/> 四肢()	<input type="checkbox"/> 血管()		
<input type="checkbox"/> その他()				
<input type="checkbox"/> MRI検査				<input type="checkbox"/> 読影依頼[有・無]
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	
<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 血管()	
<input type="checkbox"/> 肩関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 肘関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)		
<input type="checkbox"/> 股関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 膝関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)		
<input type="checkbox"/> その他()				

〈検査項目〉

撮影方法、画像再構成等についての要望があればご記入ください。

東千葉メディカルセンター使用欄

検査日	読影日	結果郵送日

MRI 検査でご来院される患者様へ

依頼元病院名 :
ID No : 氏名 : 様
検査日 : 月 日 検査時刻 : 時 分

【 当日持参して頂くもの 】

- MRI 検査 診療情報提供書 保険証 診察券(当センター受診歴のある方のみ)
 MRI 検査 問診票

【 検査当日 】

予約時間の **20 分前** までに **4番 放射線受付** へお越しください。

「保険証」等を確認後、検査を行います。

【 検査結果報告 】

検査結果・所見を後日紹介元医療機関様へ郵送致します。

【 検査当日の注意事項 】

1. 検査当日は、**検査予約時間の 20 分前**までに、**4番 放射線受付** までお越しください。
2. **お食事は、いつも通りお召し上がりいただいて構いません。**
3. **別紙 MRI 検査問診票に必要事項をご記入の上、検査当日にご持参ください。**

【 検査説明 】

1. MRI 検査は強い磁石と電波を使って、体内の断層画像を得る検査です。
2. トンネル型の機械に寝た状態で検査を行います。検査中は、大きな音がします。
3. 検査内容により、身体が温かくなることがありますが、通常、人体に影響はありません。
4. 検査時間は、30 分程度かかります。
5. MRI 検査室内は、強力な磁場が発生しており、次のような金属製のものを検査室に持ち込むと、非常に危険ですので、検査前にはずしていただきます。
例)眼鏡、義歯、補聴器、携帯電話、鍵、財布、使い捨てカイロなど…
6. 外科的手術などで、体内に金属が入っている可能性のある方は申し出てください。
7. マスカラやアイメイクはしないで下さい。(金属を含む可能性があります)

【 緊急時の対応 】

検査中は様子をみていますので、何かあれば至急対処します。

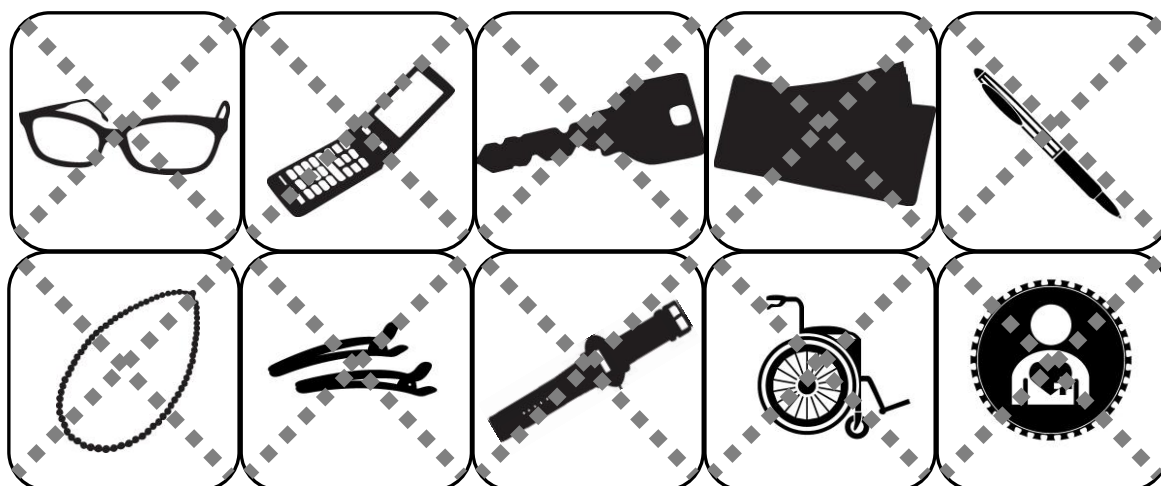
【 MRI 検査を受けられない方 】

次のような方は、検査を受けられない場合がありますので、必ず主治医または検査担当技師に申し出てください。

- ◆心臓ペースメーカー、人工内耳、可動性義眼 を装着している方
- ◆今までに外傷や手術等で体内に金属がある方
- ◆現在、妊娠中または妊娠の可能性がある方
- ◆刺青をされている方(刺青に金属が使われている可能性があります)
- ◆閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方

【 MRI 検査室に持ち込めないもの 】

眼鏡、義歯、補聴器、携帯電話、鍵、財布、磁気カード、カラーコンタクトレンズ、ベルト、使い捨てカイロ、金属を含む貼付剤(ニトロダーム・ニコチネル)、腕時計、アクセサリーなどの金属製品



【 予約のキャンセルおよび変更について 】

予約のキャンセルおよび変更のご連絡は、下記の診療時間内に、

地域医療連携室(連絡先:0475-50-1336) までお願い致します。

午前 8 時 30 分～午後 17 時 00 分(土曜、日曜、祝祭日は除く)

