# 依頼票

| 紹介先医療機関名及び所在地 | 紹介元医療機関名及び所在地 |
|---|---|
| 世田谷北部病院<br>世田谷区南烏山２丁目９－１７<br>TEL 03-3308-5221<br>FAX 03-3326-5259 | TEL<br>FAX |

| 患者氏名 | 生年月日 | 性別 |
|---|---|---|
| | 年　月　日 | 男 ・ 女 |

**傷病名・紹介目的　臨床情報**　既往歴及び家族歴・症状経過及び検査結果・治療経過等

**依頼内容**

| | ☐ MRI | | | | ☐ CT | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ☐頭部 | ☐副鼻腔 | ☐頚部 | ☐腹部 | ☐頚椎 | ☐肩（左・右） | ☐膝（左・右） |
| ☐頭部MRA | ☐顔面 | ☐頚部MRA | ☐前立腺 | ☐胸椎 | ☐手（左・右） | ☐股関節（左・右） |
| ☐その他（　　） | | ☐縦隔 | ☐子宮・卵巣 | ☐腰椎 | ☐手関節（左・右） | ☐足関節（左・右） |
| | | ☐肺 CTのみ | ☐骨盤 | ☐仙椎 | ☐肘（左・右） | ☐足（左・右） |

**レポートが必要な場合はチェックをお願いします**
☐ＦＡＸ　☐郵送　☐Webレポート

**※造影不可**

**検査日時は　年　月　日　時　分 からです**

## １～４が　はい　の方はＭＲ検査を受けることができません

1　電気電子機器を埋め込んでいる　**はい ・ いいえ**
　**心臓ペースメーカ、神経刺激装置、人工内耳、インスリンポンプなど**
2　詳細不明の体内金属がある　**はい ・ いいえ**
　**金属加工業務や外傷による金属片の体内混入など**
3　義眼を使用している（可動型）　**はい ・ いいえ**
4　妊娠１３週以内、または可能性がある　**はい ・ いいえ**

## ５～７が　はい　の方はご自身で施行施設へご確認ください。安全が確認できればＭＲ検査可能です。

5　医療施設で埋め込んだ体内金属がある　**はい ・ いいえ**
　**脳動脈クリップ、脳室圧可変式バルブシャント、リード線、コイル、ステント、人工血管、人工弁、フィルター、内視鏡クリップ、整形外科手術用金属、磁石式義歯、美容金属糸など、その他具体的に**（　　）
6　刺青、アートメイク、まぶたの刺繍をしている　**はい ・ いいえ**
7　上記以外の金属がある。　具体的に（　　）　**はい ・ いいえ**

## 注意事項

検査当日は**化粧**や金属を含む粉、液体の使用を控えてください。閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。検査室に前室（更衣室）がありますので、身につけている金属類を全てはずして検査着に着替えてください。検査室に**磁気カード**類を持ち込まないでください。データが破損します。**コンタクトレンズ**をはずしていただきますのでケースをご持参ください。ＭＲ検査室内には金属を持ち込むことはできません。金属類持ち込みや機械故障等ありますと検査を途中で中止いたしますのでご了承ください。

## ＭＲ検査同意書

私はＭＲ検査を受けるにあたり説明と問診を受けました。ＭＲ検査を受けることに同意します。なお検査・処置中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜その処置を受けることについても同意いたします。

**年　月　日　氏名**

予約・問合せ　世田谷北部病院
TEL 03-3308-5221
FAX 03-3326-5258