

MRI・骨密度検査予約依頼書

医療生協かわち野生活協同組合

TEL 06-6727-3131

東大阪生協病院 地域連携課 宛

FAX 06-6727-3284

記載日 平成 年 月 日

ご紹介元医療機関	
名称 _____	医師名 _____ 印 _____
所在地 _____	
TEL _____	FAX _____
希望検査日 【第1希望日】 年 月 日 () 【第2希望日】 年 月 日 ()	
患者様情報	
フリガナ _____	○男 <input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和・ <input type="checkbox"/> 平成
氏名 _____	○女 _____ 年 月 日生 (歳)
住所 _____	TEL _____
当院受診歴: <input type="checkbox"/> あり (患者様ID番号: _____) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
現在の状況: <input type="checkbox"/> 外来通院中 <input type="checkbox"/> 入院中 (<input type="checkbox"/> 出来高算定 <input type="checkbox"/> DPC算定 <input type="checkbox"/> その他)	

検査項目

頭部MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+T2STAR(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+VSRAD(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+副鼻腔(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+頸部MRA(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+脳幹(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頭部+脳梁 (60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	眼窩 (60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	内耳 (60)

脊柱MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頸椎(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	胸椎(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	腰椎(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	仙、尾骨(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	全脊椎(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頸椎+ミエ口(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	胸椎+ミエ口(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	腰椎+ミエ口(30)

頸部MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	頸部(30)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	甲状腺(30)

下腹部	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	骨盤部(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	子宮・卵巣(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	前立腺(60)

上腹部	単純	造影	部位 (目安時間)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	上腹部(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	肝臓(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	胆嚢(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	膵臓(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	腎臓(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	上腹部+MRCP(60)

下肢MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	股関節(60)
<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	大腿(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	下腿(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	膝関節(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	足関節(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	足(60)

* 左・右、目的部位、に○を打って下さい
* 両側(上肢・下肢)の場合は約2倍かかります。

上肢MRI	単純	造影	部位 (目安時間)
<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	肩関節(60)
<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	上腕骨(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	肘関節(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	前腕骨(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	手関節(60)
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	手(60)

骨密度検査(DEXA法)	
<input type="checkbox"/>	腰椎+股関節
<input type="checkbox"/>	腰椎のみ

依頼内容・具体的指示・注意事項など	
検査結果	画像: <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム <input type="checkbox"/> 不要 読影レポート: <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 検査のみ

※問診および同意書も必ずご記入ください。

MRI 検査問診票および同意書

MR I 検査は強い磁力を使いますので、検査を行なうときに金属でできたものや、補聴器などの電子機器・磁気カード類を身に着けておられますと、故障やけがの原因になることがあります。また、場合によっては、検査ができないことがあります。検査を安全に行う為に以下の質問に正確にお答えください。

1) 撮影禁忌【以下に該当する方は検査できません】

過去に体内に以下のような金属を入れる手術を受けたことがありますか？

(あり ・ なし)

- ① 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器・人工内耳・神経刺激装置などの体内電子装置。
脊髄管内リード線・脊髄刺激装置などの電氣的・磁氣的もしくは機械的に動作する体内埋め込み物。
- ② 心臓や血管内の金属類・人工物・人工心臓弁。
- ③ 人工骨頭・人工関節・頭蓋内脳動脈瘤クリップ（非磁性体（MR I 対応）であると術者が確認済み以外）。
- ④ その他、MR I に対応していない体内金属。

2) その他確認事項【以下に該当する答えを○で囲んでください】

- ① 現在の身長・体重は？ (約 cm) (約 kg)
- ② 今までにMR I 検査を受けたことはありますか？ (あり ・ なし)
- ③ 刺青（イレズミ）、アートメイク（眉毛、アイライン、特殊な口紅） (あり ・ なし)
- ④ 体内に外傷による金属片（銃弾破片や鉄片など）がありますか？ (あり ・ なし)
- ⑤ 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？（女性のみ） (あり ・ なし)
- ⑥ 閉所恐怖症ですか？ (あり ・ なし)
- ⑦ 以下の物をからだの内・外に装着していれば、○で囲んで下さい

補聴器・義眼・義足・義手・磁石を利用した義歯（入れ歯）・インプラント・歯列矯正器具・コルセット・鍼（はり）治療の針・コンタクトレンズ・かつら・ニトロゲム（薬剤浸透性絆創膏）・ニコチネルなど。

【以上の物で取り外せる物は検査当日に取り外していただきます。】

【コンタクトレンズは、外して頂かないと検査できない場合があります。検査当日はできるだけ眼鏡や、コンタクトの入れ物、予備を持参してお越し下さい。】

次に該当するものは、検査室に持ち込めません。検査当日は検査着にて着替えていただきますが当日は可能な限りお持ちにならないでください。

携帯電話、磁気カード、磁気バンド・エレキバン・湿布薬・カイロ・ヘアピン・ネックレス・イヤリング・ピアス・プレスレット・時計・ヒートテック等の金属製繊維の入っている衣類（下着）など。【当日化粧を落としてもらう場合もあります】

上記の検査における危険性の説明、注意事項を確認されたうえで、この検査を受けることに同意します。

年 月 日 患者様署名 (代筆者: 続柄)

上記について確認しました。

年 月 日 依頼医師 _____

年 月 日 看護師・説明者名 _____

年 月 日 技師名 _____