

# 診療情報提供書 (紹介状) [MRI]

(FAX送信用)  
(患者様持参用)

平成 年 月 日

甲南病院 放射線科御中

紹介元の医療機関の所在地及び名称 名称  
住所

ID TEL ( ) - 医師氏名 印

検査予定日時	平成 年 月 日 時 分	甲南病院受診歴 有・無
患者	フリガナ 氏名	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳)
	住所	TEL. 自宅 ( ) - 連絡先 ( ) -
<input type="checkbox"/> 初検 <input type="checkbox"/> 再検 所見 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 方法 <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRAのみ <input type="checkbox"/> MRI+MRA		診断名 主訴 紹介目的  ①既往歴 ②症状 ③家族歴 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥現在の処方
検査部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎・脊髄 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> その他		
目的臓器 ( )		
検査前チェック項目 ・体重 _____ kg ・病態 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ストレッチャー ・心疾患 有・無 ・腎疾患 有・無 ・アレルギー 有・無 (薬剤・花粉症・食物・アトピー・その他) ・ヨード過敏症 有・無 ・喘息 有・無 ・妊娠 有・無 ・不整脈 有・無 ・てんかん 有・無 ・入れ墨 有・無 埋め込み金属 ・心臓ペースメーカー 有・無 ・義歯・歯列矯正器具 有・無 ・動脈瘤クリップ 有・無 ・冠状動脈バイパスクリップ 有・無 ・その他動脈クリップ、ステント 有・無 ・人工僧帽弁 有・無 ・消化管吻合用クリップ 有・無 ・人工内耳 有・無 ・義眼 有・無 ・人工関節・骨頭 有・無 ・その他		
当院 記入	造影剤 ( _____ ml) その他 ( _____ ) 特殊撮影 有・無 フィルム枚数 _____ 枚 技師 _____	

# 甲南病院MRI検査予約票

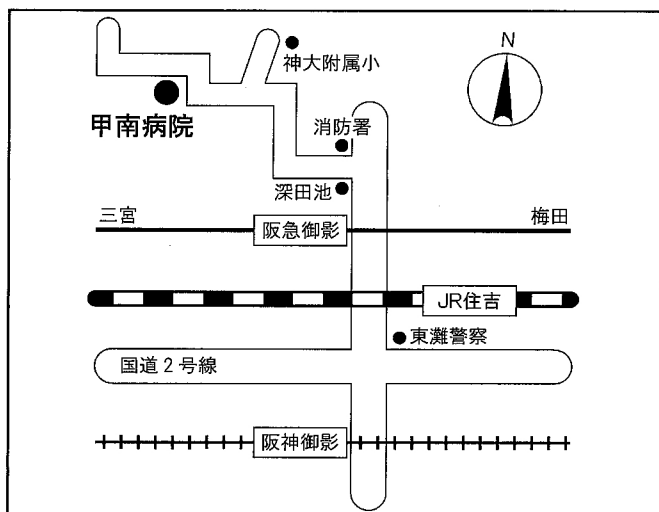
## MRI検査を受けられる方への注意事項

検査日時	平成 年 月 日 時 分	
フリガナ 氏名	様 男・女	1 食事制限はありません
		2 検査前4時間は絶飲・絶食して下さい

- 検査当日は、①健康保険証 ②紹介状 ③MRI検査予約票 ④依頼医からのその他参考となる資料をご持参下さい。
- 検査当日は、玄関受付で手続きされた後、MRI室に行き、この用紙と紹介状、参考資料を提出して下さい。
- MRI検査は20分～50分程度時間がかかりますのでご了承下さい。
- 検査予定時間は検査の都合上多少時間がずれる事がありますのでご了承下さい。
- 事情により、予約を変更あるいは取り消される場合は、必ず事前に連絡をお願いします。
- MRI所見、フィルムは後日送付させていただきます。(送料実費を申し受けます。)
- 入れ墨、アイメイクをされている方は、磁場の影響で火傷するおそれがありますので事前にお申し出下さい。
- 検査中は機械の大きな音がします。音がしている間は特に、体を動かさないようお願いします。
- 次に該当するものを検査室に持ちこみますと、磁気の影響で故障したり、検査に影響をおよぼすことがありますので、所定のロッカーもしくは付添いの方に預けて下さい。
  - (1) 磁気カード(キャッシュカード、テレフォンカード、定期等)、磁気ディスク等。
  - (2) ヘアピン、エレキバン、ホック、ファスナー、使い捨てカイロなど金属片。
  - (3) 時計、眼鏡、指輪、イヤリング、ネックレス、小銭、鍵、ライター等。
- 次に該当する方は必ず主治医に申し出て下さい。
  - (1) 心臓ペースメーカーを使用している方。
  - (2) 今まで医師から不整脈、てんかんといわれたことのある方。
  - (3) 今まで手術をし、体内に金属を装着している方。
  - (4) 現在妊娠している方。
- その他ご不明な点がございましたら、当院MRI室までご連絡下さい。

### 主治医へのお願い

- 検査前チェック項目欄にすべてご記入下さい。記入のない場合は検査を行いません。
- 造影検査では検査前4時間は絶食、腹部検査では検査前4時間は絶飲・絶食して下さい。(腹部以外では飲水はかまいません。)
- 撮影部位は出来るだけ臓器名でご指示下さい。
- 検査方法は当院で判断して撮影させていただきますのでご了承下さい。特にご希望の撮影方法がある場合は、その旨ご記載下さい。
- 予約は電話、FAXでお受け致します。依頼受付は9:00～17:00までとなります。
- 予約後、紹介状を患者様にお渡し下さい。



一般財団法人甲南会 **甲南病院**

〒658-0064

神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16

TEL (078) 851-2161(代)

予約センターTEL (078) 851-0122

予約センターFAX (078) 854-4158

- ・阪神、阪急御影駅より市バス①9系統  
甲南病院前下車
- ・JR住吉駅より車で5分