

FAXにてご送付ください

検査依頼票



042-497-8561



医療法人社団

順洋会 武蔵野総合クリニック

ふりがな				性別	男	女
患者氏名						
生年月日	M・T・S・T	年	月	日	電話番号	※日中必ず連絡の取れる番号
住所						

予約日時(紹介元医療機関からのご予約)

月 日 午前 午後 時 分より

紹介元医療機関名			
ご担当医師名	Ⓜ		
住所		電話番号	

検査区分 ※一般撮影をご希望の場合は、撮影部位を必ずお書きください

MRI	CT	マンモ	骨密度	一般撮影【
-----	----	-----	-----	-------

MRI/CT/マンモ 撮影部位	傷病名・紹介目的	
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房(一方向・二方向) <input type="checkbox"/> 腹部(肝・胆・膵・腎) <input type="checkbox"/> 骨盤(子宮・卵巣・前立腺・膀胱) <input type="checkbox"/> 右・左上肢(肩・上腕・肘・前腕・手関節) <input type="checkbox"/> 右・左下肢(股関節・大腿・膝・下腿・足関節) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> その他	備考(その他撮影部位の詳細や注意事項等)	
骨密度 撮影部位	読影の有無	有 無
<input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 大腿		

下記事項のチェックをお願いいたします。

お問合せ電話番号 042-497-8571

MRI		
○体内金属 (心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属)	有・無	有の場合、検査ができないことがあります。 ※応相談
具体的に【		
○刺青・アートメイク	有・無	有の場合、場所・時期によって検査ができないことがあります
○入れ歯(磁石で固定するタイプ)	有・無	有の場合、安定性が低下する危険性あり。お電話ください。
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可。
○閉所恐怖症	有・無	
CT		
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則、検査不可。
骨密度(デキサ)		
○前回の骨密度測定の実施について	有・無	有の場合、4か月以上あけてください。
○妊娠初期(13週以内)もしくは妊娠の可能性	有・無	有の場合、原則検査不可。
○体内金属 腰椎	有・無	
大腿骨近位部【有・無】	人工関節【右・左】	
その他【		



MRI検査を受けられる方へ

1. 検査時間の10分前には1階受付にお声掛けいただき、この用紙を提出して下さい。
2. 検査の開始時間や終了時間は、予定より前後することもありますのでご了承ください。
3. 検査開始前に検査着に着替えていただきます。下着は金属ボタンやホックの無いものを着用ください。
4. MRI撮影室内には金属類の持ち込みはできません。すべてロッカーにお入れください。
5. 腹部の検査の方は、食事を控えるようにしてください。
6. 下記事項の記入をお願いいたします。

MRI検査問診票

氏名	予約日時	月	日	時	分
脳動脈クリップが脳内にありますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
心臓ペースメーカー・植え込み除細動器を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
人工関節はありますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
有と答えた方へ。部位と材質を教えてください。	部位	材質			
体内に金属類の埋め込みはありますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
有と答えた方へ。部位と材質を教えてください。	部位	材質			
その他の手術をされたことはありますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
有と答えた方へ。手術内容を教えてください。					
義歯（入れ歯、インプラント等）はありますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
補聴器を使用していますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
刺青、タトゥーはありますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
ピアス・ジェルネイル・カラーコンタクトレンズはつけていますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
閉所恐怖症はありますか。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			
妊娠中または妊娠の可能性はありますか。有の場合、原則撮影不可となります。	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 有			

※体内金属のある方はMRIを行うことが可能かどうか、手術をした病院にお問い合わせの上、来院していただきますようお願い申し上げます。

手術をした病院への確認 済

問診日 令和 年 月 日

順洋会 武蔵野総合クリニック
画像・健診センター
TEL 042-497-8571