

令和 年 月 日

MRI 検査申込書 (診療情報提供書)
FAX 送信先 : 078-302-2251 患者総合支援センター

神戸市立医療センター

医療機関名 :

中央市民病院宛

【お問い合わせ先】

医師名 :

TEL : 078-302-6031

住所 :

電話・FAX :

フリガナ		生年月日	年 月 日 (才)
氏名 (旧姓)	男・女	TEL	
		当院受診歴	有 ・ 無
住所			
保険情報	【保険者番号】	【記号】	【番号】 本人・家族
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】
	【公費負担番号】	【公費受給者番号】	【負担割合等】
検査希望日	① 月 日 時頃	② 月 日 時頃	③いつでも可
【撮影部位】	<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"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 : 右 左) <input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 大腿、下腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 : 右 左) <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> その他 ()		
来院方法 (独歩・車イス・ストレッチャー)	感染症 ()		
主訴			
臨床診断			
検査目的等 (注意事項や撮像方法等がありましたらご記入ください)			
	造影 : 有 ・ 無		
【造影検査の方】	eGFR 値 () 採血日 (年 月 日)		
安全に検査を行うために MRI 検査を行うためには、別紙のチェックリスト【1枚目】及び、造影剤が必要な場合につきましては造影剤の同意書【2枚目】の取得をお願いしています。お手数をおかけしますが患者様の既往等をご確認の上、問診をしていただき必要事項に記載をお願い致します。 記載漏れ等がある場合、医療安全上の理由で検査が施行できなくなる可能性があります。			

MRI 検査チェックリスト・同意書

患者 ID: _____ 氏名: _____

下記の検査禁忌製品がある場合は、検査が出来ません。

条件付 MRI 対応製品がある場合は、事前に当院各科の診察を行います。受診の際は、必ず対応製品の手帳等をご用意ください。種類によっては検査が受けられないこともありますのでご注意ください。

その他、チェックリストに不備がある場合も検査が出来ない可能性がありますので、確認をよろしくお願いします。

● MRI 検査禁忌製品の確認 ※該当する場合、検査が受けられません。

下記に該当するような MRI 非対応体内留置装置/金属はありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> MRI 非対応心臓ペースメーカ	<input type="checkbox"/> MRI 非対応人工内耳	
<input type="checkbox"/> その他、MRI 非対応体内留置装置/金属（製品名: _____）		

● 条件付 MRI 対応製品の確認 ※該当する場合、検査が受けられない可能性があります。

下記に該当するような体内留置装置/金属はありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 条件付 MRI 対応心臓ペースメーカ等（ICD、CRT-P、CRT-D を含む） ペースメーカ手帳に記載されているメーカー名を下記にご記入ください		
<input type="checkbox"/> メトロニック <input type="checkbox"/> バイオトロニック <input type="checkbox"/> アボット（旧セントジュードメディカル） <input type="checkbox"/> ポストンサイエンティフィック		
<input type="checkbox"/> マイクロポート（旧ソーリン） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
当院循環器内科にて撮像可否を判断し、撮像を行います。		
<input type="checkbox"/> 条件付 MRI 対応人工内耳	当院耳鼻科医師の診察後、後日に撮像を行います。機種によっては検査を受けられません。	
（留置年月日: _____ 機種名: _____）		
<input type="checkbox"/> V-P/LP/VA シヤント	当院脳外科医師の診察後、撮像を行います。機種によっては検査を受けられません。	
（留置年月日: _____ 機種名: _____ 設定シヤント圧: _____）		
<input type="checkbox"/> その他、条件付 MRI 対応体内留置装置/金属（製品名: _____）		

● 体内金属等の確認 ※該当する場合、検査を受けられない可能性があります。

下記に該当するような体内留置装置/金属はありますか。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> ない
<input type="checkbox"/> 義歯・インプラント <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 歯列矯正ワイヤー <input type="checkbox"/> IVH ポート		
<input type="checkbox"/> 義手・義足 <input type="checkbox"/> 金属を含む義眼 <input type="checkbox"/> 人工骨頭・関節プレート <input type="checkbox"/> 入れ墨		
<input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ <input type="checkbox"/> チタンクリップ <input type="checkbox"/> チタンプレート <input type="checkbox"/> 胸骨ワイヤー		
<input type="checkbox"/> 脳血管コイル <input type="checkbox"/> 脳血管ステント <input type="checkbox"/> 心血管ステント <input type="checkbox"/> ステントグラフト		
<input type="checkbox"/> 機械弁 <input type="checkbox"/> 生体弁 <input type="checkbox"/> マグネットネイル（検査を受けることができません）		
<input type="checkbox"/> その他、条件付 MRI 対応体内留置装置/金属（その他の場合、ここをクリックしてから内容を入力してください。）		
<input type="checkbox"/> 材質が不明な金属	放射線科医師・診療放射線技師に事前に確認を行いましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

● 妊娠の有無の確認 ※原則、妊娠 13 週までの方は検査を受けられません。

（女性の方にお尋ねします） 現在、妊娠していますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
↓		
（「はい」と答えた方にお尋ねします） 妊娠何週ですか。	<input type="checkbox"/> 13 週以内（13 週含む）	<input type="checkbox"/> 14 週以降

【依頼医記入欄】 私がチェックリストを確認し、検査可能であることを確認しました。

説明日

依頼医

依頼医サイン・押印欄

検査データについて

必ずサインまたは押印をお願いします

当院は地域拠点病院として、医療の発展の為に研究・発表を行っています。取得した画像は診療業務、臨床研修及び臨床研究に匿名化した状態で利用させていただくことがあります。その際には当院の個人情報保護方針に則り適切に対応致します。

【MRI 検査の同意】 患者様または代筆者に確認してください。本書は造影剤使用の同意書ではありません。

MRI 検査に関する主治医の説明に納得し、また、上記のチェックリストの内容が正しいことを確認し、MRI 検査を受けることに同意する場合は署名欄に記入してください。

同意日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 署名欄 _____