

医療機関名: ●●クリニック

依頼医師: ●●●●先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)

ハンナン タロウ 様

男  
女 39 才

生年月日

大正・昭和  
平成・令和 56 年 9 月 1 日

希望日をご記入下さい。

第1希望 : 年 月 日 ( ) 午前・午後

第2希望 : 年 月 日 ( ) 午前・午後

第3希望 : 年 月 日 ( ) 午前・午後

希望なし : (直近をご案内します)



別紙にてMRI問診票の依頼医師の署名と、問診結果の記載もお願いします

検査方法:いずれかに○をつけて下さい

単純

造影

おまかせ

※当院で単純、造影検査の判断をいたします

※造影・おまかせ検査は、事前に造影剤同意書・採血データ(腎機能)が必要です。

ご依頼理由(病歴・主な病状など)  
(恐れ入りますが、できるだけ詳細にご記載ください)

10日前より腰痛あり  
腰部脊柱管狭窄症うたがい

頭部 : 脳・全脳ルーチン+MRA・全脳ルーチン+頭頸部MRA

: 小脳・下垂体・内耳・その他 ( )

頸部 : 頸部・頸部MRA・その他 ( )

脊椎 : 頸椎・胸椎・腰椎

胸部 : 乳房・縦隔・その他 ( )

上腹部 : 肝・胆・膵・腎・MRCP・その他 ( )

下腹部 : 膀胱・子宮・卵巣・前立腺・その他 ( )

関節 : ( )

四肢 : ( )

その他 : ( )

MRI検査の場合  
本紙のほか、問診票・同意書  
が必要となります。

## ＜ MRI検査 問診票・同意書 ＞

(院外予約用)

患者ID 番号		予約日時	
患者氏名	ハンナン タロウ	依頼医師名	● ● ● ●

MRI検査を安全にお受けいただく為に、以下の質問に正確にお答えください。  
すべての項目の「有」「無」に○を付けてください。

1. 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)	有	無 <input checked="" type="radio"/>
2. 人工内耳	有	無 <input checked="" type="radio"/>
3. 脳室圧可変式バルブシャント	有	無 <input checked="" type="radio"/>
4. 妊婦、妊娠の可能性がある	有	無 <input checked="" type="radio"/>
5. 美容整形で埋めこまれた金糸	有	無 <input checked="" type="radio"/>
6. 埋込型心電図	有	無 <input checked="" type="radio"/>
7. 皮膚拡張器(ティッシュ・エキスパンダー)	有	無 <input checked="" type="radio"/>

※1.~7.が「有」の方は、  
当院では検査を受けることが  
出来ません。

8. 脳動脈瘤クリップ	有 <input checked="" type="radio"/>	無 <input checked="" type="radio"/>
9. 人工心臓弁	有	無 <input checked="" type="radio"/>
10. シャントチューブ	有	無 <input checked="" type="radio"/>
11. 心臓や血管内の金属物(ステント、コイル、人工血管、フィルターなど)	有	無 <input checked="" type="radio"/>
12. 胆管、食道、気管などの金属ステント	有	無 <input checked="" type="radio"/>
13. 人工関節・骨折治療用金属など	有	無 <input checked="" type="radio"/>
14. 内視鏡止血用クリップ	有	無 <input checked="" type="radio"/>
15. その他金属等を体内に挿入する手術を受けたことはありますか	有 <input checked="" type="radio"/>	無 <input type="radio"/>

※8.~15.が「有」の方は、  
材質により検査を受けることが  
出来ない場合があります。

体内に「医療器具」や「金属」が  
ある場合は、担当医に必ず  
お伝えください。

手術内容( ● ● ● ● )	時期( ● ● ● ● )	体内金属のMRI対応可否
病院名 ( ● ● ● ● )	可 ・ 不可	
		(医師記入)

※8~15で有に○があった場合は  
必ず上記をご記入下さい。

16. 刺青(アートメイク、タトゥーなど)	有	無 <input checked="" type="radio"/>
17. 閉所恐怖症	有	無 <input checked="" type="radio"/>
18. ケガなどによる金属片	有	無 <input checked="" type="radio"/>
19. 入れ歯(磁石式)	有	無 <input checked="" type="radio"/>

※16.~19.が「有」の方は、  
検査を受けることが出来ない  
場合があるため、担当医に  
必ずお伝えください。

20. 入れ歯(部分入れ歯、総入れ歯)	有	無 <input checked="" type="radio"/>
21. 補聴器	有	無 <input checked="" type="radio"/>
22. 義眼、カラーコンタクトレンズ	有	無 <input checked="" type="radio"/>
23. 貼り薬(ニコチンパッチ、ニトロパッチ、エレキバンなど)	有	無 <input checked="" type="radio"/>
24. 増毛パウダー(ミリオンヘア、アートミクロンなど)	有	無 <input checked="" type="radio"/>
25. グルコース測定器(リブレ)	有	無 <input checked="" type="radio"/>

※20.~25.が「有」の方は、  
破損、やけどの恐れがあるため  
検査時に取り外します。

MRI検査の目的・必要性・副作用について、担当医師より十分な説明を受け理解できましたので、  
検査の実施に同意します。

記入日: ● ● 年 ● ● 月 ● ● 日 署名(本人または代理人): ハンナン タロウ 続柄: \_\_\_\_\_

上記の事項を確認しました。

医師署名

● ● ● ●

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

社会医療法人 生長会 阪南市民病院 放射線室 電話 072-471-3321(代表)

2022.2 改訂  
2022.2 承認

## 注意事項 MRI検査を受けられる方へ (検査当日までにお読みください)

- ・健康保険証は必ずご持参の上、予定時間の10分前にご来院ください。
- ・検査時間は、約30分～60分程度かかります。検査前に排尿、排便をすませてください。
- ・化粧品(マスカラ・アイシャドウ・口紅等)は、金属を含むものがあり眼や皮膚に刺激を受けることがあります。検査当日は、なるべく化粧はしないでください。
- ・コンタクトレンズを使用している場合、ケースを持参し、検査前に外してください。
- ・刺青をされている方は、皮膚に刺激を受けることがあり、検査ができない場合があります。
- ・検査の際は、所定の検査衣に着替えていただきます。
- ・検査が始まると大きな音がしますが、ラジオ波を出す際の音ですのでご安心ください。

### 次に該当する方は、必ず主治医および検査担当者に 申し出てください。

- ・心臓ペースメーカーや刺激電極などを身につけている方
- ・体内に脳動脈クリップや人工関節などの金属が埋め込まれている方
- ・以前に外科手術を受けたことのある方
- ・義眼の方
- ・中国針をしている方
- ・閉所恐怖症など、狭いところが苦手な方
- ・妊娠、または妊娠されている可能性のある方



### 検査前に必ず取り外しておいてください。

- ・金属類(時計・眼鏡・ライター・ヘアピン・アクセサリ・鍵・かつら等)
- ・磁気カード(キャッシュカード・テレビカード・定期券等)
- ・その他(入れ歯・補聴器・カイロ・エレキバン・コルセット・携帯電話等)

※検査時間に遅れる・変更・中止の場合は必ずご連絡ください。

社会医療法人生長会 阪南市民病院  
電話 072-471-3321