

記入日： 年 月 日

医療法人公仁会

# 姫路中央病院 MRI・CTの診療情報提供書

【放射線科直通 TEL：079-235-7375 FAX：079-235-7377】

※ 受診当日は本状を持参してください。

医療機関名：

診療科名：

TEL：

医師氏名：

FAX：

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                           |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 希望日       | 第1希望 年 月 日 AM・PM ( 時)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 希望日備考欄                                                                                                                                    |
|           | 第2希望 年 月 日 AM・PM ( 時)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |
| 受診者<br>情報 | フリガナ：<br><br>氏名： 性別：男・女<br>生年月日： 年 月 日生 ( 歳)<br>連絡の取れる電話番号：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 今までに姫路中央病院を受診したことがありますか？<br><input type="checkbox"/> ある<br><input type="checkbox"/> ない<br><input type="checkbox"/> 不明                     |
|           | どちらかにチェック <input checked="" type="checkbox"/> してください。※ CT・MRIは同日検査はできません。<br><input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI<br>※ 心臓ペースメーカー・除細動器を装着されている方のMRI検査・CT(胸部)検査はできません。<br><input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純 + 造影                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                           |
| 検査内容      | 造影検査時<br>記載下さい                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | eGFR測定日： 年 月 日 ※ 直近3ヶ月以内に測定ください。<br>eGFR値 ( ) mL/分/1.73m <sup>2</sup> (基準値30未満の場合、造影検査はできません。)<br>※ 問診票記載内容や当日の体調によっては、造影剤の使用を控えることがあります。 |
|           | 【撮影部位】<br><input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 乳房<br><input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腹部全体 <input type="checkbox"/> 骨盤腔(子宮卵巣・膀胱・前立腺)<br><input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢・関節 ( )<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                                                                                                           |
|           | 傷病名：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                           |
|           | 検査目的・臨床症状などを具体的に記入してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                           |
| 感染歴       | <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Wa氏<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |
| 結果        | CDR・読影結果は2～3診療日中に郵送します。<br>その他希望がありましたら、記入してください。 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |

2025年4月改訂

文管外-A-000006

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## MR I 検査を受けられる方へ

患者番号：

様

あなたの検査日時は、からの予定です。

検査当日は、予約時間の30分前に受付を済ませてください。

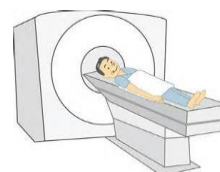
8：30検査予約の方は、15分前に受付を済ませてください。

遅れますと検査が出来ないことがあります。

※緊急対応、検査内容などにより、検査が予約時間より遅れることがありますので、ご了承ください。

また、万が一故障などの場合は日を改めてお越し頂くことがありますので、ご了承ください。

MR I 検査は、強い磁気を用いて体内の構造を調べる検査です。  
痛みや放射線被ばくのない安全な検査ですので、  
安心して検査をお受けください。



### 《検査を受けられる方へ》

以下の注意事項をお読みになり、検査にご協力をお願いします。

### ※注意事項

- 検査には時間がかかります。（30分～60分程度）
- 検査前には排便、排尿をすませておいてください。
- 妊娠中及び妊娠の可能性のある方はお申し出ください。
- 食事について
  - ☐ 食事はとってかまいません。
  - ☐ 時から絶食してください。水分はとってください。
- 喘息の吸入薬をお持ちの方は必ずご持参ください。
- 検査時にお薬を飲む指示を受けられた方は、お薬を飲むためのお水をご持参ください。  
また、お薬を飲んだ後は眠気が残ったり判断力が低下することがありますので、自動車・バイク・自転車などを運転してのご来院は絶対にご遠慮ください。

### 《検査中のお願い》

- 検査中は痛みをともないませんので、体を動かさないでください。
- 検査中に大きな音がしますが、信号の切り替え時に出る音ですので、ご安心ください。

ご都合によりご来院出来ない場合、またはご不明な点がございましたら、  
下記代表番号に、8：30～17：15の間にご連絡ください。



医療法人公仁会 姫路中央病院

〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2丁目36番地

TEL：079-235-7331（代）

# MRI検査を受けられる方へ

## ※ 検査をお受けになる前に必ずお読みください。

MRI検査は、強力な磁石と電磁波を利用して身体の断面や血管の撮影を行う検査です。  
専用の検査着に着替え、狭いトンネルに入り、大きな音がする中で検査を行います。

## 1. MRI検査の禁忌事項

下記に該当する方は検査を受けることができない可能性があります。必ず担当医にお申し出ください。

|                                |             |          |
|--------------------------------|-------------|----------|
| 心臓ペースメーカー                      | 金属製の人工心臓弁   | 人工内耳     |
| 脳脊髄液短絡術用圧可変式シャント<br>(脳室腹腔シャント) | 体内除細動器(ICD) | 神経刺激装置   |
| 脳動脈クリップ                        | 下大静脈フィルター   | ステントグラフト |
| 体内に磁石に付く金属(磁性体)がある方            |             |          |

※ 他の医療機関で体内に金属や装置を埋め込まれている方は、手術をされた医療機関にMRI検査が可能であるか確認してください。お手数ですがご協力をお願いします。

- ☆ 職歴・軍歴・外傷等で体内(眼科、皮下)に金属の破片のある方
- ☆ 閉所恐怖症のある方
- ☆ 妊娠中または妊娠の可能性のある方
- ☆ 入れ墨、タトゥー、アートメイクをしている方
- ☆ 磁石式歯科インプラント、義眼の方
- ☆ 上記以外で、取り外しのできない金属がある場合もお申し出ください

## 2. 注意事項

次の物は検査の支障となるため、検査前に外していただきます。

### (1) 金属について

金属(磁石に付くもの)を身につけていると、画像が乱れ検査に支障をきたすだけでなく、MRI装置に吸着する可能性があります大変危険です。取り外せる金属類はすべて外して検査を行います。

例)時計、眼鏡、アクセサリ、入れ歯、ヘアピン、ベルト、財布、鍵、金属が付いた下着、義足 など

### (2) 体に貼り付けるもの

やけどの恐れや薬効に影響を及ぼす可能性があります。貼り薬は検査前にはがしていただきます。

例)湿布、エレキバン、ニトロダームTTS、ニコチネルTTS、ニュープロパッチ、ノルspanテープ  
鍼治療シール、磁気シール、フェントステープ、フェンタニルテープ など

### (3) ネイルアートについて

マグネットネイル・ミラーネイル：検査ができません、あらかじめ外した状態で検査にお越しください。

ジェルネイル：素材によって火傷・変色の可能性があります。なるべく取り外してください。

### (4) その他

カラーコンタクトレンズ、華美なメイク、吸湿発熱素材の下着(ヒートテックなど)、ウィッグ、かつら  
補聴器、カイロ、増毛パウダー・スプレー など

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

## MRI検査 チェックリスト

ID: \_\_\_\_\_

記載日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

様

(性別: \_\_\_\_\_) (年齢: \_\_\_\_\_)

| チェック項目                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                              |                              | 医師サイン                    | 技師<br>チェック               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. MRI検査を受けたことがありますか？<br>「はい」の場合、いつ頃、どこで受けられましたか？<br>検査日( _____ 年 ____ 月頃 _____ ところで <input type="checkbox"/> 不明)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 2. 手術を受けられたことがありますか？<br><input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 手足<br>手術日( _____ 年 ____ 月頃 <input type="checkbox"/> 不明)<br>手術名( _____ <input type="checkbox"/> 不明)<br>病院名( _____ <input type="checkbox"/> 不明)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 3. 体内に金属がありますか？<br>「はい」の場合、次の当てはまるものに☑を付けてください。<br><input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> 人工心臓弁<br><input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 脳脊髄液バルブ(シャントバルブ)<br><input type="checkbox"/> 神経刺激装置 <input type="checkbox"/> スtent・ステントグラフト<br><input type="checkbox"/> 下大静脈フィルター <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳<br><input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節・ボルト・プレート<br><input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 歯科用インプラント( <input type="checkbox"/> 磁石あり <input type="checkbox"/> 磁石なし)<br><input type="checkbox"/> その他( _____ ) | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ | 金属<br>取外し<br>不可時<br>医師報告 | <input type="checkbox"/> |
| 4. 職業歴や事故等で目や体内に金属片などが入っていますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 5. 閉所恐怖症ですか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 6. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 7. 次の病気にかかったことがありますか？<br><input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ | 前処置<br>使用時               | <input type="checkbox"/> |
| 8. あお向けの状態で30分程度の静止ができますか？<br>※乳腺MRI検査の方は、うつぶせの状態で45分程度の静止が<br>できますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい  |                          | <input type="checkbox"/> |
| 9. カラーコンタクトを使用されていますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 10. 入れ墨、タトゥー、アートメイク(眉毛、アイラインなど)<br>をされていますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 11. 治療で貼り薬をされていますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 12. けいれんを起こしたことがありますか？                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> はい  | <input type="checkbox"/> いいえ |                          | <input type="checkbox"/> |
| 13. 身長・体重を教えてください。(身長: _____ cm 体重: _____ kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                              |                          | <input type="checkbox"/> |
| 記載者名: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 電話番号: _____                  |                              |                          | <input type="checkbox"/> |

検査日

年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

| 医師サイン | 看護師サイン | 技師サイン |
|-------|--------|-------|
|       |        |       |

医療法人公仁会 姫路中央病院