（様式２）

ＭＲＩ依頼申込書

北見赤十字病院
地域医療連携室　宛

予約専用ＦＡＸフリーダイヤル 0120-018-599（直通）
専用電話　フリーダイヤル 0120-018-299（直通）

紹介元医療施設名　　依頼医師名（　　　） 電話番号（　　）　－　　・ＦＡＸ（　　）　－	
フリガナ	
患者氏名	
生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　月　日生（　才　ヶ月）　性別　男・女
現住所 電話番号（　　）　－	
当院の受診歴　（　有　・　無　）	健保・生保・労災・公災・自賠責・その他（　　）
※指示伝票より選択し、ご記入願います 部位　　コード番号	
【 方法 】 □ 単純　□ 造影　□ 単純と造影　□ ダイナミック(DY)	
臨床経過・現症・検査法の指示（必要な前処置があれば記入して下さい。）	
患者状態（必ず記入して下さい）	
造影剤副作用歴	有・無　（　　）
喘息	有・無
その他のアレルギー	有・無　（　　）
感染症	有・無
体内金属	有・無
心疾患	有・無・未
腎疾患	有・無・未
協力性	有・無
体重	（　　kg）
移動	（歩行・車椅子・ストレッチャー）

※ ＭＲＩ検査問診表も併せて送信下さい。
※ 造影の場合は「造影剤検査同意書」も併せて送信下さい。

ＭＲＩ検査問診票

患者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　様　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

ＭＲI検査を安全に行うため、以下の問診にご協力ください。

・心臓ペースメーカ　・なし　・あり → ・ＭＲI対応→当院の循環器内科受診 / ・ＭＲI非対応→(検査できません.)

・人工内耳など体内電子装置　・なし　・あり　（ありの場合検査できません.）

・銃弾破片や鉄片などによる外傷の既往　・なし　・あり　（眼窩内の金属は検査できません.）

・脳動脈瘤クリップ、コイル（くも膜下出血の手術）・なし　・あり → ・ＭＲI対応 →(基本的には1.5Ｔでオーダー) / ・ＭＲI非対応→(検査できません)

(クリップ、コイルありの場合ＭＲI対応であるか確認し、対応・非対応に○をつける

3.0Ｔでの撮影が必要な場合は、3.0Ｔ対応品の確認の上でデバイス名・型番の記入(　　　　　　　　　　)

・人工心臓弁　・なし　・あり → ・ＭＲI対応 →(基本的には1.5Ｔでオーダー) / ・ＭＲI非対応→(検査できません)

（人工弁ありの場合、ＭＲI検査可能か確認し必ず右に○をつけて下さい）

3.0Ｔでの撮影が必要な場合は、3.0Ｔ対応品の確認の上でデバイス名・型番の記入(　　　　　　　　　　)

・閉所恐怖症の有無　・なし　・あり　（重度の場合検査できません.）

・妊娠あるいは妊娠している可能性　・なし　・あり　（ありの場合、3.0Ｔでの検査はできません）

・刺青、アートメイク（刺青メイク）の有無　・なし　・あり　（ありの場合、3.0Ｔでの検査はできません）

・気管支喘息またはアレルギーの既往　・なし　・あり　（ありの場合造影はできません.）

・以下の金属や異物が体内にあれば○で囲むもしくは記入してください

手術による金属(　　　　　　　　　　)、避妊リング、入れ歯、マグネット義歯、義眼、コンタクトレンズ

貼り薬(狭心症の貼付薬など)、その他の体内金属や体内異物(　　　　　　　　　　)

検査実施判定	実施　・　中止
前　処　置	不要　・　要

前処置の内容＿＿＿＿＿＿＿＿　　担　当　医＿＿＿＿＿＿＿＿

●検査時の注意●

1.身につけているものは全て外しロッカーに保管していただきます。
　補聴器、入れ歯、ヘアピン、アクセサリー、エレキバン、カイロ、金属入りの下着など。

２.金属製顔料を使用したアイシャドー、マスカラ、アイライン等の化粧品、つけまつげ、刺青などは成分により発熱する可能性があります。　※検査時にはノーメイクまたは、薄化粧でお願いします

３.<u>コンタクトレンズには金属成分を含んでいるものがあるため、検査時には外してください。</u>
　検査時には予備のコンタクトレンズまたは保存液を持参してください。

4.ネイル・付け爪は、検査部位が手、足で当該部位付近にある場合は外しての来院をお願いします。
　また、明らかに金属がついている場合は検査ができない場合があります。

5.貼り薬の中には金属を含むものがあり、発熱の可能性があるため検査時には剥がしていただきます。

6.絶飲食について
　上腹部の撮影の方、ＭＲＣＰ検査の方は<u>２時間前より絶飲食</u>にしてください。

7.撮影中は大きな音が発生します。撮影の種類によって音の種類、大きさが変わります。

担当医殿
　ＭＲIオーダー発生時点で、下記の運用に従って問診をおこなって下さい。
①原則として１検査につき１回の問診を行う。
②但し検査が２・３日連続の場合は担当医師に一任する。
③問診票はスキャン後、外来カルテに添付すること。
④ＭＲI検査時に問診票を確認する。
⑤ＭＲI造影検査を行う際には「造影剤検査同意書」を必ず確認してください。
⑥気管支喘息またはアレルギーの既往がある患者様にやむを得ず造影を行う場合は医師の待機が必要です。

北見赤十字病院　　医療安全委員会　2007年1月改訂　医療安全委員会　2013年1月改訂　医療安全委員会　2015年1月改訂
医療安全委員会　2010年6月改訂　医療安全委員会　2014年6月改訂　診管認-186