



# MRI検査予約票



## さぎぬま 脳神経クリニック

FAX:044-860-5130

〒216-0004 川崎市宮前区鷺沼3-2-6 1F TEL:044-860-5131

フリガナ氏名	(貴院カルテNo. ) 当院受診歴 無・有
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳
連絡先	携帯電話 - - TEL ( ) 自宅・勤務先
住所	

●予約日時	令和 年 月 日 ( )
来院時間	午前・午後 時 分
依頼元医療機関名/診療科名/担当医 ゴム印可	
依頼元TEL	( )
依頼元FAX	( )

保険者番号		・本 人 族 続	公費負担者番号	
保険証の記号・番号・枝番		・家 続	公費負担医療の受給者番号	

提供方法	画像 <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> お持ち帰り	媒体 <input type="checkbox"/> CD-R レポート <input type="checkbox"/> 送付 <input type="checkbox"/> FAX
造影	1. 無 2. 有	■お問い合わせ先 TEL 044-860-5131
食事制限	<input type="checkbox"/> 4時間前から(造影または腹部) <input type="checkbox"/> 8時間前から(MRCPまたは胆嚢)	

### ■事前チェックをお願い致します。

全ての検査においてご記入下さい			
心臓ペースメーカー	無・有	(体内金属物) クリップ・金属・その他留置物 (脳動脈クリップ、心臓弁、ステント、コイル、人工骨頭など)	無・有
人工内耳	無・有		
有の場合、MRI検査はできません		「有」の場合は以下をご記入ください。←	
		①手術の時期 ( 年 )	
		②内容(存在場所・素材なども)( )	
		(その他)	
		1. 妊娠の可能性	無・有
		2. アートメイク・刺青	無・有
		3. 閉所恐怖症	無・有
		4. カラーコンタクト	無・有
		5. その他 ( )	

上記造影 2 または 3 の場合においてご記入下さい			
造影検査を受けたことがある	無・有	その他薬剤に関する副作用の既往	無・有
現在ぜん息の治療中	無・有	食物・その他アレルギー	無・有
造影剤に対する副作用の既往	無・有	感染症：STS・HBV・HCV・HIV	
有の場合造影検査はできません ←			

患者情報	身長 ( cm )	体重 ( kg )	手術経験 無・有	移動 独歩・車椅子・寝台
------	-----------	-----------	----------	--------------

### 受診者の方へ ①～⑤の事項をよくお読み下さい。

- ①予約時間までにお越しください。保険証と、この予約票を御持参ください。  
予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございますので予めご了承下さい。
- ②検査日時の変更またはキャンセルにつきましては、なるべく検査前日までにお願致します。
- ③検査を安全に行う為に、下記の質問にお答えください。
  1. どのような症状がいつごろ生じましたか。(症状： 発生時期： )
  2. これまでMRI検査を受けたことがありますか？ ( はい・いいえ )
  3. 現在治療中の病気はありますか？ ( はい \_\_\_\_\_ ・いいえ )
  4. 現在服用中のお薬はありますか？ ( はい：薬剤名 \_\_\_\_\_ ・いいえ )
  5. (検査画像の使用について) 個人情報守秘の上、研究目的などの画像使用に限り承諾します。 ( はい・いいえ )
  6. 骨盤検査(女性)の方のみ
    - ・月経周期 ( 日 )
    - ・最終月経 月 日～ 月 日
    - ・閉経 ( 才 )
    - ・ホルモン療法 ( 年～ 年間 )
    - ・妊娠歴 ( 無・有 )
    - ・出産歴 ( 無・有 )

(造影検査の方は、検査前の説明をお聞きになってから以下の欄にご署名願います。)  
検査実施につき同意します。

令和 年 月 日 署名 \_\_\_\_\_

当クリニック  
への地図は、  
裏面を御参照  
ください

裏面もお読み下さい

