

MRI検査依頼書（貴院控え）

フリガナ

氏名

検査予定日

年

月

日

()

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

時間

午前

・

午後

時

分

臨床診断名及び検査目的

御
依
頼
元

医療機関名

診療科

主治医

電話

()

-

検査部位

頭部

肩関節

骨盤部

肘関節

頸椎

手関節

右

胸椎

膝関節

左

腰椎

足関節

股関節

その他

下鴨病院ルーチン

単純

横断

冠状断

矢状断

造影

- ・ 予約日時決定とともに、この用紙最下欄の検査予約施設にチェックを入れてください。
- ・ 1枚目は貴院控えとなります。2枚目のMRI検査依頼書（診療情報提供書）と3枚目のMRI検査問診票を封筒に入れそれぞれの検査予約施設受付へ提出いただくよう患者さまにお伝えください。
- ・ 3枚目の問診票は、安全に検査を受けていただくための大切な情報となります。全ての項目について患者さまへご確認いただきますようお願いいたします。要確認に該当するものが体内にある場合、患者さまご自身で埋込み医療機関にお問い合わせいただくようお願いください。
- ・ 予約確定後当院よりFAXする検査案内を患者さまへお渡しいただき、十分に読んでおいていただくこと、また、検査当日は予約施設受付へ封筒と一緒に提出していただくようお願いください。
- ・ 造影剤を使用する検査は下鴨病院（本院）でのみ受け付けております。月～金の午前中の時間帯に予約をお願いいたします。
- ・ 画像CD-Rは検査後すぐに患者さまへお渡しします。読影結果報告書は後日FAXいたします。内容によっては数日要する場合がございます。

医療法人社団 順和会

京都下鴨病院

〒606-0866 京都市左京区下鴨東森ヶ前町17

☎ (075)781-1158

FAX (075)722-2306

医療法人社団 順和会

下鴨リハビリテーションクリニック

〒606-0866 京都市左京区下鴨東森ヶ前町13

☎ (075)705-0123

FAX (075)705-0130

MRI検査依頼書（診療情報提供書）

フリガナ

氏名

検査予定日

年

月

日

()

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

時間

午前

・ 午後

時

分

臨床診断名及び検査目的

御
依
頼
元

医療機関名

診療科

主治医

電話

()

-

検査部位

頭部

肩関節

骨盤部

肘関節

頸椎

手関節

右

胸椎

膝関節

左

腰椎

足関節

股関節

その他

下鴨病院ルーチン

単純

横断

冠状断

矢状断

造影

- ・ 患者さまが受付へ提出した書類すべて（封筒内に戻して）を基本表ファイルに入れ放射線部へ持ってきてもらう。検査後、基本表ファイルと書類・CD-Rを受付へ持って行ってもらうので書類はそれぞれ該当場所へスキャン
⇒この用紙は【診療情報提供書】へ、MRI検査問診票は【放射線検査説明同意書】へそれぞれ保存

医療法人社団 順和会

京都下鴨病院

〒606-0866 京都市左京区下鴨東森ヶ前町17

☎ (075)781-1158

FAX (075)722-2306

医療法人社団 順和会

下鴨リハビリテーションクリニック

〒606-0866 京都市左京区下鴨東森ヶ前町13

☎ (075)705-0123

FAX (075)705-0130

MRI検査問診票

フリガナ

氏名

検査予定日

年

月

日

()

生年月日

年

月

日

性別

男

・

女

時間

午前

・

午後

時

分

● 身長

cm

体重

kg

1、心臓ペースメーカー
埋込み型除細動器

無 / 有 ⇒ **検査不可**

2、体内埋込み型器具・電子機器
人工内耳
神経刺激装置
インスリンポンプ
可変圧式バルブシャント

無 / 有 ⇒ **検査不可**

3、脳動脈クリップ

無 / 有 ⇒ 要確認

4、心臓人工弁

無 / 有 ⇒ 要確認

5、血管・消化管ステント
内視鏡による止血クリップ

無 / 有 ⇒ 3ヶ月以内⇒ **検査不可**
3ヶ月以降⇒ 要確認

6、その他 体内金属

無 / 有 ⇒ 部位 ()
種類 ()

上記3, 4, 5, 6で 有 の場合
埋込み・留置後、MRIを受けたことがある

はい / いいえ

7、刺青・アートメイク

無 / 有 ⇒ 要相談

8、歯列矯正器具

無 / 有 ⇒ 要確認

9、妊娠中・妊娠の可能性

無 / 有 ⇒ **検査不可**

10、避妊具

無 / 有 ⇒ 要確認

11. 閉所恐怖症

無 / 有 ⇒ 要確認

問診票の記載に間違いありません。MRI検査を受けることに同意いたします。

年

月

日

本人または代理人署名

医療法人社団 順和会

□ 京都下鴨病院

〒606-0866 京都市左京区下鴨東森ヶ前町17

☎ (075)781-1158

FAX (075)722-2306

医療法人社団 順和会

□ 下鴨リハビリテーションクリニック

〒606-0866 京都市左京区下鴨東森ヶ前町13

☎ (075)705-0123

FAX (075)705-0130