◎当日はこの用紙を必ず受付へお出しください

MRI検査予約票（他院紹介用）

ｶﾙﾃNo			
ﾌﾘｶﾞﾅ			
氏名			
生年月日		性別	

検査予定日	
来院時間	
予約時間	
部位	

≪検査を受けられるかたへ≫

1 検査当日は**保険証、本紙、他医療機関から紹介の場合は主治医から預かった用紙一式(封筒)を必ずご持参の上、予約時間の20分前までに検査予約施設受付までお越しください。**遅刻されますと検査開始の大幅な遅延や日程変更をお願いすることがあります。また、検査の取り消し・予約時間変更等の場合は、早めにご連絡ください。

2 検査中は20分～40分程度安静にしたまま横になっていただきます。検査前には排尿しておいてください。
検査開始後は装置から大きな音が発生します。騒音が苦手な方は耳栓を持って来ておいてください。

3 予約時間を厳守して検査開始するよう最大限の努力をしておりますが、緊急検査や装置の都合により数十分程度遅れることや順番が入れ替わることがありますのでご了承ください。

4 その他わからないこと、心配なことがありましたら、それぞれの予約施設へお問い合わせください。

≪注意事項≫

1 身体に金属類(**眼鏡・ヘアピン・ネックレス・イヤリング・補聴器・義肢・義眼・磁石を使用した義歯・置き針・金属を含む貼り薬・エレキバン・カイロ・ウィッグ等**)は取り外していただきます。
カラーコンタクトレンズを使用している方は専用のケースをお持ちください。なお、**増毛用ヘアスプレー・マスカラ・アイシャドウ・ラメやパーツのついたネイル**は事前に落としておいてください。
また、金属のついた下着は外したうえで、原則として当院備え付けの検査衣に着替えていただきます。

2 **時計・磁気カード・補聴器・インスリンポンプ・血糖測定器**は検査室内に持ち込まれた場合、
故障することがあります。その際の責任は当院では負いかねますので、ご注意ください。

3 **検査日までに手術等(歯科も含む)で身体に金属を入れた場合は、当院にご連絡くださいますようお願いします。**
場合によっては検査日の変更や取り消しの可能性もあります。

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ケ前町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ケ前町13
☎ (075)705-0123
FAX (075)705-0130

MRI検査依頼書（貴院控え）

フリガナ

氏名

生年月日　　年　　月　　日

性別　　男　・　女

検査予定日	年　　月　　日　（　　）
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	□ 右	
□ 骨盤部	□ 肘関節		
□ 頸椎	□ 手関節		
□ 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伝えください。

・ 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伝えください。

・ 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ケ前町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ケ前町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

生年月日　　年　　月　　日

性別　　男　・　女

検査予定日	年　　月　　日　（　　）
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ケ前町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ケ前町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（　）
時間	午前・午後　時　分

生年月日　年　月　日

性別　男・女

● 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・アートメーク	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ケ前町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ケ前町13
☎ (075)705-0123
FAX (075)705-0130