

検査予約申込書(兼診療情報提供書)

医療法人若葉会 堺若葉会病院 行

医療機関名称					
所 在 地					
T E L					
F A X					
医 師 氏 名					
フ リ ガ ナ					
患 者 氏 名	様			性別 ()	
生 年 月 日	(125 歳)				
住 所 〒					
T E L	携 帯 番 号				
希望予約日時 ① 令和	年	月	日	時	分
② 令和	年	月	日	時	分
検査部位 CT	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> その他()	
MRI	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部+MRA	<input type="checkbox"/> VSRAD(49歳以上の脳萎縮判定)	<input type="checkbox"/> 腹部	
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> その他()	
DEXA	<input type="checkbox"/> 骨密度検査				
病 名					
症 状					
A D L 独歩	車いす	その他()			
保険情報	<input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 前期高齢者 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自賠責				
送迎希望	<input type="checkbox"/> 有 · <input type="checkbox"/> 無				



■MRI検査 問診票

様 患者番号:

1. MRI検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答えください。

- ◆ 体内に以下のような医療用の機器、人工物、金属がありますか。
 - ・ 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器
 - ・ 人工内耳・中耳、神経刺激装置などの体内電子装置 (はい · いいえ)
 - ・ 脊髄刺激装置、脊柱管リード線 (はい · いいえ)
 - ・ 脳動脈瘤クリップ (くも膜下出血の手術) (はい · いいえ)
 - ・ 圧可変式バブルシャント (脳室シャントなど) (はい · いいえ)
 - ・ 心臓や血管内の金属類、人工物 (リード線、コイル、ステント人工心臓弁、人工血管、フィルターなど) (はい · いいえ)
 - ・ 人工骨頭、人工関節、釘など (整形外科の手術) (はい · いいえ)
 - ・ 胆管、食道、消化管、気管などの金属ステント (はい · いいえ)
 - ・ 外傷により体内に金属片がある (鉄片など) (はい · いいえ)
- ◆ 刺青(イレズミ)、アイメイクをしていますか。 (はい · いいえ)
- ◆ 閉所恐怖症ですか。 (はい · いいえ)
- ◆ 今までにMRI検査を受けたことがありますか。 (はい · いいえ)
- ◆ 女性の方へ、妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか。 (はい · いいえ)
- ◆ 取り外しのできる金属類や人工的なものを身に着けていれば○で囲んでください。

補聴器、義眼、義手、義足、義歯、磁石を利用した義歯、歯列矯正器具、張り薬、針(はり)の治療針、カラーコンタクトレンズ、腕(体)に貼付する血糖測定器、ネイルアート(デザインを問わず)

上記以外の機器人工物、金属があれば記入してください。

【

】

■MRI検査 同意書

医療法人若葉会 堺若葉会病院 院長 殿

私は、この度MRI検査に対する説明を受け、その実施に同意します。

また、検査実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合は、適宜必要な処置を受けることを了承します。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

担当医師 _____

署名 _____ (印)

(本人以外の場合は患者との続柄: _____)

医療法人若葉会

堺若葉会病院 放射線科

☎072-255-1001