

CT・MRI・RI検査予約申込用紙

送信先:新潟医療生活協同組合 木戸病院 地域医療連携室

TEL:025-256-6700 FAX:025-256-6710

紹介元医療機関:

医師名: _____ 先生

TEL: _____ FAX _____

フリガナ				明・大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 生 ()
住 所	〒 _____			TEL _____

希望検査 CT MRI RI

検査部位、内容など (_____)

造影剤使用(CT/MRIの場合) する しない

読影希望 あり なし

データ希望 要(CD・フィルム) 不要

予約希望日 年 月 日 ()

※予約調整を行いますが、ご希望通りにお取りできない場合もあります。予めご了承下さい。

検査目的	
------	--

MRI 検査 事前問診票

お名前 _____ (才) 男・女 _____ 入院・外来 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(代筆者氏名 _____)

MRI 検査は、強い磁石と電磁波を使用して検査を行います。
安全に検査を行うため、下記の項目についてお答えください。(必ずご記入ください。)

1. MRI 検査を受けたことがありますか？ (いいえ・はい・わからない)
検査部位 (_____)
2. MRI 用の造影剤を使用したことがありますか？ (いいえ・はい・わからない)
3. 造影剤を使用した際、気分が悪くなったり、皮膚が赤くなったことがありますか？
(いいえ・はい・わからない)
4. 狭い所に入ると気分が悪くなることがありますか？ (いいえ・はい・わからない)
5. 手術をしたことがありますか？ (いいえ・はい)
どのような手術ですか？ (_____)
6. 心臓ペースメーカー、埋込式除細動器を使用していますか？ (いいえ・はい)
7. 補聴器、人工内耳、義眼、コンタクトレンズを使用していますか？
(いいえ・はい)
8. ①入れ歯、又は②磁石式入れ歯 は使用していますか？ (いいえ・はい (①・②))
“②磁石式入れ歯”の場合、材質・脱着が可・不可かを必ずご記入ください (_____)
9. インプラントの装着、歯の矯正はしていますか？ (いいえ・はい)
“はい”の場合、材質を必ずご記入ください (_____)
10. 刺青、永久アイラインが入っていますか？ (いいえ・はい)
11. (女性のみ) 現在妊娠の可能性はありますか？ (いいえ・はい・わからない)
12. (女性のみ) 授乳中ですか？ (いいえ・はい)
13. その他、お気づきのことがありましたら、ご記入ください。

※この用紙は、個人情報保護法に基づき MRI 検査の安全確認のため以外には使用いたしません。