

# 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

その他            交通事故 ・ 労災 ・ 医療保険

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。