送信日時:　　年　　月　　日

MRI画像検査依頼書

医療機関名

電話番号

FAX番号

紹介医ご芳名

ふりがな		生年月日　T・S・H・R　　年　　月　　日	
氏名		電話番号	
当院の受診歴の有無　□あり　□なし		□男　□女	
病名 検査目的	※検査目的等詳細をお書きください		
撮像部位	□頚椎	□肩関節(右 ・ 左)	□足関節(右 ・ 左)
	□胸椎	□肘関節(右 ・ 左)	
	□腰椎(ルーチン)	□手関節(右 ・ 左)	
	□腰椎(圧迫骨折)	□股関節(右 ・ 左)	
	□腰椎(分離症)	□膝関節(右 ・ 左)	
	□その他 （　　）		
備考　※当院ルーチン外の指示がある場合はご記入ください			

＊お電話（054-204-0410）にてご予約をお取りください

＊検査時間の15分前までにお越しいただくよう、患者様にお伝えください

＊FAXにて本依頼書、患者様の保険情報、MRIチェックリストまたはCT同意書をお送りください

上土整形外科
スポーツクリニック

静岡市葵区上土2丁目13-14
TEL：054-204-0410
FAX：054-204-0412

MRI検査前チェックリスト

氏名　　様　　生年月日 S•H•R　　年　　月　　日

撮影部位　　身長　　cm　体重　　kg

MRI検査を安全に受けて頂くにあたって以下のものをチェックして頂く必要があります。

■検査不可能な項目			
1	心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器を使用している。	はい	いいえ
2	人工内耳、神経刺激装置等の体内電子装置を使用している。	はい	いいえ
3	脊柱管内リード線、脊髄刺激装置、可変圧式バルブシャントを埋め込んでいる。	はい	いいえ
＊	**「はい」のある方は検査を受けることができません。**		
■検査可能であるが、注意が必要な項目			
4	閉所恐怖症ですか。「はい」の方は検査を受けることができない場合があります。	はい	いいえ
5	機械組立・金属工場で仕事をしたことがありますか。	はい	いいえ
6	義歯を使用していますか。　（ 取り外し可能/インプラント/磁石固定 ）	はい	いいえ
7	義眼を使用していますか。	はい	いいえ
8	補聴器を使用していますか。	はい	いいえ
9	義肢装具を使用していますか？	はい	いいえ
10	入れ墨（アイライナー等）はありますか。「はい」の方は、火傷、変色の可能性があります。	はい	いいえ
11	インシュリンポンプを使用していますか。	はい	いいえ
12	妊娠の可能性はありますか。	はい	いいえ
13	子宮内装具を使用していますか。	はい	いいえ
＊	**「はい」の方は、検査前に取り外す、取り外せないものはリスクを承知の上、検査を行うことに同意しますか？**	**はい**	**いいえ**

■確認が必要な項目					
15	体内金属はありますか。以下に当てはまるものはありますか。			はい	いいえ
	□人工心弁	□血管塞栓用コイル	□金属製の網（ステント）	□骨折用金属プレート ピン・ネジ クリップ	
	□大動脈クリップ	□人工関節	□硬膜外麻酔（エピドゥラ）		
	□脳室腹腔（血流）短絡具(シャント)		□脊髄損傷防止用クリップ		
	□頭部内外科用クリップ		□その他（		
＊	**「はい」の方は、MRI検査が可能な材質かどうかの確認の上、検査を行うことに同意しますか？**			**はい**	**いいえ**

当院のMRI検査は、検査の安全確認・禁忌事項を依頼医の責任において確認していただき、安全性が確認された患者様のみ検査させていただくことを前提としています。上記チェックリスト記入に誤りがあり、それが原因で患者様の身体に障害が発生した場合、当院では責任を負うことはできません。ご不明な点がございましたら、お問い合わせください。

年　　月　　日　　医療機関名

依頼医師署名　　注意事項説明者名