

CT・MRI 検査依頼伝票(兼診療情報提供書)

紹介先医療機関名

酒井病院

FAX番号 (079)266-5810 電話番号 (079)266-8833

令和 年 月 日
医療機関名・所在地・TEL・FAX

検査日時 年 月 日 時 分

酒井病院受診歴（有・無）受診有の時ID番号記入	
ID番号	

医師名 印

フリガナ		性 別	生 年 月 日
患者氏名		男 ・ 女	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令
電話番号			年 月 日（ 歳）

検査内容(○で囲んで下さい) ※造影検査は行っていない

CT ・ MRI （チェックリストへのご記入をお願いいたします）

※ペースメーカー・除細動器(ICD)を装着されている方のMRI検査・CT(胸部)検査はできません

撮影部位	☐ 頭部	☐ 胸部	☐ 上腹部	☐ 全腹部	☐ 骨盤腔(子宮卵巣・膀胱・前立腺)
	☐ 頸部	☐ 頸椎	☐ 胸椎	☐ 腰椎	☐ 四肢・関節()
	☐ その他()				

医師コメント(詳細にご記入をお願いいたします)

①主訴又は傷病名

②検査目的

《注意事項》

※手術の既往や体内金属(有)の場合、MRI撮影が可能な材質等であるか各施設様でご確認をお願いします
※MRI対応機器(ペースメーカー・ICD)でも当院ではMRI撮影不可です
※ペースメーカー・ICDを装着されている方の胸部CT検査はできません
※MRI検査を希望する場合は「MRI検査 チェックリスト」への記入をお願いします

《結果》

撮影画像は検査後、患者様にDVD-Rをお渡しします
読影結果は、後日郵送します

酒井病院記載欄

医師名

ご不明な点がある場合は酒井病院までお問い合わせください

MRI検査 チェックリスト

様

性別：

年齢： 歳

身長

cm

体重

kg

1.MRI検査を受けたことがありますか？ 「はい」の場合、いつ頃、どこで受けられましたか？ 検査日（ 年 月頃） 当院・他院（ ）	はい	いいえ
2.手術を受けられたことがありますか？ 「はい」の場合、手術日、手術名の記入をお願いします 手術日（ ） 手術名（ ）	はい ※体内に金属などを留置された場合 3.での記入をお願いします	いいえ
3.体内に金属がありますか？ 「はい」の場合、次に当てはまるものに☑を入れてください □心臓ペースメーカー □体内除細動器（ICD）□神経刺激装置 □脳脊髄液バブル（シャントバブル）□人工内耳 □可動性義眼 □歯科用インプラント磁石付き □血管ステント(術後8週以内)	はい ※当院では撮影できません	いいえ
□人工心臓弁 □脳動脈クリップ □下大静脈フィルター □人工骨頭（人工関節・ボルト・プレート） □歯科用インプラント磁石なし □血管ステント(術後8週以降) □その他（ ）	はい ※MRI撮影が可能か手術実施病院に ご確認をお願いします	
4.仕事や事故等で目や体内に金属片などが入っていますか？	はい ※当院では撮影できません	いいえ
5.てんかんや重度の不整脈があると言われたことがありますか？	はい ※当院では撮影できません	いいえ
6.閉所恐怖症ですか？	はい ※撮影困難な場合中止します	いいえ
7.仰向けの状態で30分程度の静止が出来ますか？ 「いいえ」の場合 撮影できません	いいえ ※当院では撮影できません	はい
8.【女性の方のみ】妊娠中または妊娠の可能性がありますか？	はい ※当院では撮影できません	いいえ
9.入れ墨・タトゥー・アートメイク（眉毛・アイライン等）をされていますか？ 「はい」の場合 やけどや退色をする恐れがあります	はい ※医師の許可があれば撮影可能です	いいえ
10.カラーコンタクトレンズを使用されていますか？ 「はい」の場合 撮影前に外しますので容器をご持参ください	はい	いいえ
11.貼り薬を使用されていますか？（湿布、ニトロダーム等） 「はい」の場合 撮影前に外しますので交換用をご持参ください	はい	いいえ
12.体外で使用している医療器具はありますか？（DIBキャップ等） 「はい」の場合 撮影前に取り外します	はい	いいえ

続柄

上記内容に相違なく撮影を希望します

患者サイン

()

上記内容に相違ない事を確認し検査を許可します

紹介医師サイン

CT・MRI 検査予約票

検査予約日時	年	月	日	時	分
患者様氏名					

- ①検査の30分前には、1階受付までお越しいただき、
『CT・MRI 検査依頼伝票』・『MRI チェックリスト (MRI 検査時のみ)』と
『保険証』を添えて御提出ください。
- ②検査を実施した後、窓口で会計を行って頂き終了します。
※会計時に撮影画像をコピーしたDVDをお渡しいたします。
- ③結果に対して診断(診察)をつけ、後日、紹介元医療機関様に結果を郵送
いたします。
※緊急を要する患者様の検査等により、時間が前後する場合があります。
ご了承ください。

MRI 検査を受けられる方へ

検査中は工事現場のような大きな音がしますが、検査を行うために出る音で心配はいりません。検査時間は検査部位によりますが、20分～30分程度かかります。その間動くと検査が出来なくなりますので、静かに寝ていただきます。

MRI 検査室内は強力な磁場が発生しています。時計・ピアス・ヘアーピンなど金属類のほか、磁気カード・携帯電話など所持品はすべて室内には持ち込めませんので、付き添いの方にお預けいただくか、更衣室に保管していただきます。

なお盗難・紛失には責任を負いかねますのでご了承ください。

また、検査日の化粧は控えていただくか、検査前に落として頂く場合もありますのでご了承ください(マスカラ、アイシャドウ、アイライン、ラメ入り化粧品、ファンデーション等)。

医療法人社団みどりの会 **酒井病院**
〒671-2216
姫路市飾西 412-1
電話(代表)079-266-8833

【検査受付時間】
月・火・水・金 9:00～17:00
木 9:00～12:00
土 9:00～16:00



【公共機関をご利用される場合】

JR 姫新線「余部駅」より徒歩3分

【お車をご利用される場合】

日赤病院より夢前橋を渡り、夢前橋西詰交差点を右折し県道724を北へ5分