

MR I 検査申込案内（ご紹介くださる先生方へ）

MR I 検査を申し込まれる場合は、別紙「MR I 検査申込書」を FAX で医療連携室まで送付してください。

1 送付先 東京都立小児総合医療センター医療連携室 FAX 番号 042-312-8146

2 予約についての注意事項（必ずご確認ください。）

- ・ MR I 検査は、30 分程度動かずに検査を受けられることが条件となります。30 分程度動かずに検査が受けられる患者さんをご紹介ください。入眠が必要となる場合は、検査のみのご予約はお受けできませんのでご了承ください。
- ・ 造影剤が必要とされる場合も、検査のみのご予約はお受けできませんのでご了承ください。
- ・ 検査は長時間かかることもありますので、1 予約1 検査部位の1 申込書（1 日）でお願いします。
- ・ MR I 検査時には、患者さんに「紹介状」（依頼目的、臨床情報の詳細を記載したもの）、X-P、CT フィルムなどの参考資料がありましたら持参させてください。
- ・ 患者さんへの問診により、別紙「MR I 検査申込書（FAX 専用）」のチェックリストの項目を確認してください。
- ・ 当院はフィルムレスで、高精細モニタでの診断を行っています。検査終了後の画像につきましては、CD でのお渡しとなります。CD は、DICOM ビューワーソフト付ですので、お持ちのパソコンで簡単に閲覧が可能です。フィルムでの画像をご希望の場合は、検査予約時にお申し出くださるようお願いいたします。
- ・ CD（またはフィルム）は、検査当日、患者さんにお渡しし、ご紹介元にお持ちいただきます。読影レポートについては、後日郵送させていただきます。お急ぎの場合は、FAX 送信させていただきますのでご連絡ください。
- ・ 予約の取り直し、予約日時の変更はご紹介くださる医療機関から医療連携室にご連絡ください。

連絡先 東京都立小児総合医療センター医療連携室 TEL 042-312-8116

3 患者さんへの説明事項

- ・ MR I 検査は強磁場内での撮像になります。別紙にある禁忌事項についてはもちろんですが、磁性体の持ち込みについて注意が必要となります。また、非磁性体であっても画質に影響を及ぼす場合や身体に異常が現れた場合は検査を中止することがあります。

MRI 検査申込書 (FAX専用)

依頼元医療機関

担当医お名前

住 所 〒

電話番号 FAX 番号

◆ 患者情報を記入してください

患者氏名 (フリガナ): _____ (_____) (男・女)

生年月日: H _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長: _____ cm 体重: _____ kg

電話番号: _____ (_____)

当院の診察券番号: _____ (お持ちの方のみ)

参考資料 (X線写真、CTフィルムなど): 有 ・ 無 (有の場合は患者様にお渡してください。)

疾患名: _____

主 訴: _____

検査目的・臨床情報: _____

◆ [検査部位] 部位は1箇所のみ○をお願いします。

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 頭部 (脳・下垂体・眼窩・内耳道) | 頭頸部 (副鼻腔・聴器・顎関節・耳下腺) |
| 胸部 (心大血管・縦隔) | 腹部 (肝臓・脾臓・腎臓・MRCP・腹部大血管) |
| 骨盤 (膀胱・子宮) | 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎) |
| 上肢 () | 下肢 () |
| 関節 () | その他 () |

◆ チェックリスト: 患者様の安全を守るため、必ず以下の項目に記入をお願いします。

・30分程度じっとしていられますか? はい ・ いいえ (「いいえ」の場合、検査できません。)

・造影剤は必要ですか? はい ・ いいえ (「はい」の場合、検査できません。)

< 禁忌 > この項目がある場合は検査できません。			
心臓ペースメーカー (有・無)	人工内耳 (有・無)	頭蓋内クリップ (有・無)	血管内にステント挿入手術後 (有・無)
心臓の人工弁 (有・無)	手術後 (内視鏡手術を含む) (有・無)	妊娠初期・妊娠の可能性 (有・無)	
< 注意 > 検査できない場合があります。(磁場の乱れ等により良好な画質を得られない場合があります。)			
閉所恐怖症 (有・無)	てんかん (有・無)	骨折固定金属・人工関節 (有・無)	重症不整脈 (有・無)
体内に金属が入っている (有・無)	義手・義足 (有・無)	可動性義眼 (有・無)	歯の矯正・入れ歯 (有・無)
身体に刺青 (有・無)			

◆ 検査終了後の画像につきましては、CDでのお渡しとなります。フィルムでの画像をご希望の場合は、検査予約時にお申し出くださるようお願いします。