

カルテ番号

氏 名

生 年 月 日

性 別

MRI 検査依頼票

(診療情報提供書)

① 当院用

予約専用

そばじまクリニック

Orthohealing

SOBAJIMA Clinic

0120-92-7475

FAX 06-4309-5725

依頼元：医療機関名（ゴム印可）

診療科名

ご担当医師名

連絡先

自宅

()

—

携帯

()

—

付帯情報

*身長

cm

*体重

kg

*移動：

独歩

・

車いす

・

寝台

予約日時

月

日

AM

PM

時

分

より

●造影剤の必要性

☐なし

☐あり

☐検査医師に一任

以下の項目に○、✓ を付けて、ご依頼をお願い致します。

● 検査前の確認事項

心臓ペースメーカー

：

なし・あり

妊婦の可能性

：

なし・あり

人工内耳

：

なし・あり

体内金属物

：

なし・あり

刺青

：

なし・あり

時期と場所と素材（

年頃、場所

、素材

）

検査内容

☐ 画像のみ

☐ 画像＋読影レポート

☐ 画像＋読影レポート＋診察・治療（そばじまクリニック）

送付方法

画 像

☐ CD（無償）→ ☐ 宅配 ☐ 患者様持ち帰り

読影レポート（翌日に）

☐ FAXのみ ☐ FAX＋郵送

必ずご記入ください。（出来るだけ詳細をお願いします）

臨床診断

経過および検査目的（手術経験）

1検査1部位のオーダーをお願いいたします

☐頭 部（脳・脳＋MRA）

☐脊 椎（頸椎・頸椎＋MRA・胸椎・腰椎）

☐頸 部（咽頭・喉頭）

☐胸 部（乳房）

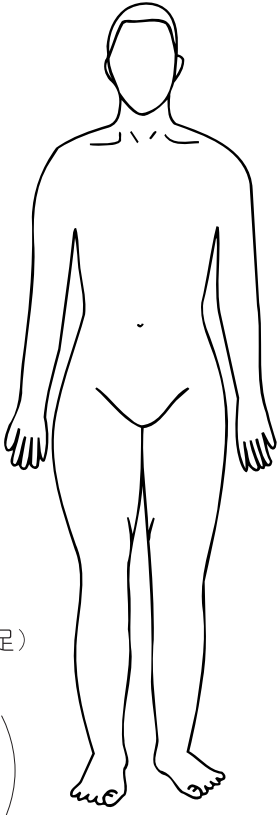
☐腹 部（肝・胆・脾・腎・MRCP）

☐骨盤部（膀胱・子宮・前立腺）

☐関 節（左・右）（肩・肘・手・股・膝・足関節・足）

☐その他

()



●造影剤あり・一任の場合は、
下記をチェックして下さい。

造影検査歴

：

あり・なし

造影後の副作用歴

：

あり・なし

アレルギーについて（

）

造影剤の過敏症

：

あり・なし

ぜん息

：

あり・なし

以上の項目のうち1項目でも「あり」の場合は造影できません。
お手数ですが造影なしをご選択ください。

重篤な肝障害

：

あり・なし

腎障害

：

あり・なし

透析

：

あり・なし

BUN

：

mg/dl

クレアチニン

：

mg/dl

授乳

：

あり・なし

感染症（

）

造影剤を使用する検査、腹部の検査の場合は、
食事制限があります。（詳細は予約票裏面）

カルテ番号 氏 名 生 年 月 日 性 別		MRI 検査依頼票 (診療情報提供書) ② 貴院 控 予約専用 Orthohealing そばじまクリニック SOBAJIMA Clinic ☎0120-92-7475 FAX 06-4309-5725 依頼元：医療機関名（ゴム印可） 診療科名 ご担当医師名	
連絡先 自宅 () — 携帯 () — 付帯情報 *身長 cm *体重 kg *移動： 独歩 ・ 車いす ・ 寝台			
予約日時 月 日 AM PM 時 分 より			
●造影剤の必要性 ☐なし ☐あり ☐検査医師に一任			
以下の項目に○、✓を付けて、ご依頼をお願い致します。 ● 検査前の確認事項 心臓ペースメーカー：なし・あり 人工内耳：なし・あり 刺青：なし・あり 妊婦の可能性：なし・あり 体内金属物：なし・あり 時期と場所と素材（年頃、場所、素材） 検査内容 ☐ 画像のみ ☐ 画像＋読影レポート ☐ 画像＋読影レポート＋診察・治療（そばじまクリニック） 送付方法 画 像 ☐ CD（無償）→☐ 宅配 ☐ 患者様持ち帰り 読影レポート（翌日に） ☐ FAXのみ ☐ FAX＋郵送			
必ずご記入ください。（出来るだけ詳細をお願いします） 臨床診断 経過および検査目的（手術経験） 1検査1部位のオーダーをお願いいたします ☐頭 部（脳・脳＋MRA） ☐脊 椎（頸椎・頸椎＋MRA・胸椎・腰椎） ☐頸 部（咽頭・喉頭） ☐胸 部（乳房） ☐腹 部（肝・胆・脾・腎・MRCP） ☐骨盤部（膀胱・子宮・前立腺） ☐関 節（左・右）（肩・肘・手・股・膝・足関節・足） ☐その他 ()		●造影剤あり・一任の場合は、 下記をチェックして下さい。 造影検査歴：あり・なし 造影後の副作用歴：あり・なし アレルギーについて（ ） 造影剤の過敏症：あり・なし ぜん息：あり・なし 以上の項目のうち1項目でも「あり」の場合は造影できません。 お手数ですが造影なしをご選択ください。 重篤な肝障害：あり・なし 腎障害：あり・なし 透析：あり・なし BUN：mg／dl クレアチニン：mg／dl 授乳：あり・なし 感染症（ ） 造影剤を使用する検査、腹部の検査の場合は、 食事制限があります。（詳細は予約票裏面）	

カルテ番号

氏名

生年月日

性別

MRI検査依頼票

予約専用

そばじまクリニック

OrthohealingSOBAJIMA Clinic

0120-92-7475

FAX 06-4309-5725

依頼元：医療機関名（ゴム印可）

診療科名

ご担当医師名

連絡先

自宅

（ ）

—

携帯

（ ）

—

付帯情報

*身長

cm

*体重

kg

*移動： 独歩 ・ 車いす ・ 寝台

予約日時

月

日

AM

PM

時

分

より

●造影剤の必要性

☐なし

☐あり

☐検査医師に一任

受診される方へ

①～⑥の事項(両面)をよくお読みください。

①予約時間15分前までにお越しください。保険証と、この予約票を御持参ください。

予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで、検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございますので、予めご了承ください。

②検査日時の変更またはキャンセルにつきましては、なるべく検査前日までをお願い致します。

③検査を安全に行う為に、下記の質問にお答えください。

①どのような症状がいつごろ生じましたか。

（症状：発生時期：）

②これまでMRI検査を受けたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

③現在治療中の病気はありますか？

（ はい：病 名 ・ いいえ ）

④現在服用中のお薬はありますか？

（ はい：薬剤名 ・ いいえ ）

⑤これまでに手術を受けたことがありますか？

（ はい ・ いいえ ）

⑥⑤で「はい」の方のみ）手術の時期(昭和・平成 年)、手術または病気名

⑦（検査画像の使用について）個人情報守秘の上、研究目的などの画像使用に限り承諾します。（ はい ・ いいえ ）

⑧骨盤検査(女性)の方のみ ・月経周期(日)・最終月経 月 日～ 月 日・閉 経(才)

・ホルモン療法(年～ 年間)・妊 婦 歴(無 ・ 有)・出産歴(無 ・ 有)

④(造影検査をお受けになる方) 検査可否の参考になりますので、下記の質問には必ずお答えください。

①造影検査を受けられたことはありますか？

（ はい ・ いいえ ・ わからない ）

②①で「はい」の方のみ）その時、副作用はありましたか？

（ はい ・ いいえ ）

③気管支喘息にかかったことはありますか？

（ はい 発症時期： ・ いいえ ）

④アレルギーはありますか？

（ はい 内 容： ・ いいえ ）

⑤薬による副作用が起きたことはありますか？

（ はい 内 容： ・ いいえ ）

⑥発作の起こるような病気はお持ちですか？

（ はい ・ いいえ ）

⑦(女性の方のみ)現在授乳していますか？

（ はい ・ いいえ ）

⑤MRI検査をお受けになる方へ

*MRI検査は、磁場と電波を利用して体内の断層像を撮影するものです。横になっているだけで検査は終了します。

検査中は大きな音がしますが、人体への影響はありませんのでご安心ください。

*金属及び磁気は検査の妨げになるため、次の物は取り除いていただく必要があります。

「ヘアピン、アクセサリ類、化粧(マスカラ・アイシャドーなど)、メガネ、かつら、鍼治療の針、ブラジャー、スリッパ、エレキバン、」

入れ歯、義手、義足、補聴器、携帯電話、時計、磁気カード、コンタクトレンズ(保存ケースやメガネ等をご準備ください)

*ヒートテックなどの発熱機能／保温機能を有する肌着の着用時はMRI検査が出来ません。

*アートメイク、刺青のある方はMRI検査が出来ません。

*妊婦の可能性のある方はMRI検査ができない場合があります。

*造影検査または腹部の検査を受けられる方は、食事制限があります。

裏面もよくお読みになり

ご署名をお願い致します。

⑤腹部（おなか）の検査をお受けになる方へ

○腹部の検査は、4時間前からの食事制限がございます。

⑥造影検査をお受けになる方へ

○検査には単純検査（造影剤を使わない検査）と造影検査（造影剤を使う検査）があります。

○造影検査は、病巣内の血流の状態を把握したり、病変と血管との解剖学的関係を知ったりすることにより、単純撮影では判断しにくい病変の検出能を高めることを目的としています。

○造影検査は、4時間前からの食事制限があります。

【造影検査で使用するお薬について】

○検査目的によって静脈から注射するお薬と飲むお薬があります。

○造影検査で使用するお薬は安全なものですが、喘息やアレルギーなどでお薬が使えない場合もあります。

また、患者様のご体調や体質によって副作用（発疹やかゆみなどのアレルギー症状）が出現することもありますので、医師がお薬の使用が可能かどうかを判断し、本人様からの承諾を得たうえで実施します。

【検査後の注意】

・検査後は、普段どおりの生活をしていただいで構いません。

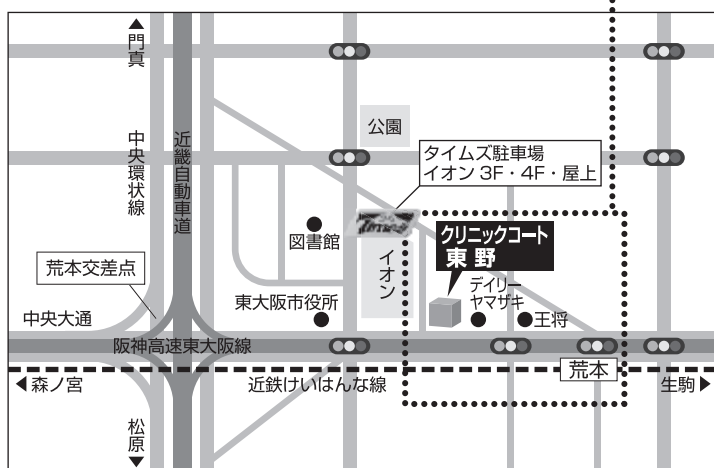
・造影剤は主に尿として排出されますので、検査終了後は水分を多めに摂取してください。

（受診される方は上記の検査説明をお読みになって以下にご署名願います）

検査実施につき同意します。

平成 年 月 日 署名

当クリニックへの
交通案内図



そばじまクリニック

〒577-0011 東大阪市荒本北2-2-6
クリニックコート東野2F

予約専用 ☎ 0120-92-7475

TEL : 06-4309-2525

FAX : 06-4309-5725

<http://www.soba-cli.com/>

<http://www.mri-cli.com/>

予約時間の15分前にお越しください。

保険証と、この予約票を
御持参ください。

予約時間に遅れた場合、他の予約との兼ね合いで、検査開始時間が遅くなったり、当日の検査ができなくなる場合がございますので、予めご了承ください。

ご不明な点・ご質問がございましたら、お気軽に当クリニックまでお問い合わせください。