

MRI 検査依頼医療機関様へお願い

【ご予約について】

1. 検査は全て予約制です。電話にてご予約承ります。(患者様から直接ご予約の場合は、診療情報提供書を必ず事前にFAXでお送りください。)
2. 検査時間などの関係で、原則として1回の検査は1部位に限らせていただきます。
3. 診療情報提供書は出来るだけ事前にFAXまたは郵送でお送りください。
4. 当センターは、労災指定医療機関ではないため、その旨を必ず予約時にお知らせください。
5. 診療情報提供書はもれなくご記入ください。また、ご記入いただいた内容等につきまして当センターから問合せさせていただく場合がありますのでご了承ください。

【MRI 検査について】

1. 次の方はMRI検査をおこなえないことがありますので、事前に確認をお願いいたします。
 - ペースメーカー等の医療用電子機器を使用している
 - 脳動脈瘤クリップ等の体内金属がある
 - マグネット式義眼、マグネット式人工肛門を使用している
 - 妊娠または妊娠の可能性がある
2. **腹部検査**または**造影検査**をご依頼の際は、受診される方に**検査4時間前からの禁食**(水、お茶はかまいません)をご指示ください。
3. 50歳未満の方は、VSRAD(早期AD認知症診断支援システム)の対象外となります。
なお、ADの総合判定は当センターでは実施いたしませんのでご了承ください。
4. 乳房MRIをご予約の方は可能な限りで構いませんので、検査当日にマンモグラフィや超音波のデータをご持参くださいますようお願いいたします。

【造影検査について】

1. 当センターでは次に該当する方の造影検査はお断りさせていただきます。
 - 小学生以下のお子様
 - 透析中
 - 気管支ぜんそく(小児ぜんそく含む)
 - 一般状態が悪い
 - 腎機能障害(クレアチニン値2.0mg/dl以上、またはeGFR 30.0ml/min/1.73m²未満)
 - 過去に造影剤を使用して副作用を生じたことがある
2. 造影検査をご依頼の際は、診療情報提供書に**3ヶ月以内のクレアチニン値**ならびにアレルギー疾患の有無についてご記入ください。ご記入がない場合は、単純検査になります。
3. 別紙「MRI造影検査についての説明書」を受診される方にお渡しいただき、あらかじめ副作用等のリスクについてご説明ください。

【検査結果について】

1. 検査結果は貴院宛に発送いたします。画像データをご希望の際はCD-ROMまたはコピーフィルムのいずれかでご提供いたします。
2. 検査当日、受診される方に結果をお渡しすることも可能です。その際は「当日渡し希望」の欄に○印をご記入のうえ、受診される方には検査終了後1時間程度お待ちいただく旨お伝えください。(検査内容によっては当日お渡し出来ない場合もあります)

本様式の最後のページは受診される方への『注意書き』および『案内図』となっております。検査日時をご記入のうえ、受診される方へお渡しください。

公益財団法人世田谷区保健センター 医務課
〒156-0043 世田谷区松原6-37-10

【予約】TEL 03-6265-7446 FAX 03-6265-7419

診療情報提供書 [MRI]

(公財) 世田谷区保健センターあて (FAX 03-6265-7419)

2020年4月版

医療機関名	年 月 日	フリガナ	男 女
所在地	患者氏名		様
医師名	生年月日 T・S・H		年 月 日 歳
電 話	住 所		丁 目 番 号
	電 話 ()		

検査日時	年 月 日 ()	午前 午後	時 分
------	-----------	----------	-----

部位	頭 部	頸 部	胸 部	腹 部	骨 盤 部	そ の 他
番号に○をつけて下さい。	1. 頭 部	1. 頸 部	1. 縦 隔	1. 肝 臓	1. 膀 胱	(具体的にお書き下さい)
	2. 脳動脈 (MRA)	2. 頸部MRAのみ	2. 大 血 管	2. 胆 囊	2. 子 宮	
	3. VSRAD (早期AD認知症診断支援)	脊 椎	乳 房	3. 膵 臓	3. 卵 巢	
	4. 眼 窩	1. 頸 椎	1. 乳 腺 (造影検査のみ)	4. 脾 臓	4. 前立腺	
	5. 副 鼻腔	2. 胸 椎		5. 腎 臓		
	3. 腰 椎		6. 副 腎			

造 影 検 査	1. 不要	★必要なデータがない場合は単純検査となります。			
	2. 要	クレアチニン値	mg/dl	気管支喘息および小児喘息 [無・有※] ※有は造影検査できません アレルギー疾患 [無・有] () 感 染 症 [無・有] ()	
	3. 適宜	検査日	年 月 日		

※3ヶ月以内のデータに限ります
※原則2.0 mg/dl 以上は禁忌です

★下記の身体内金属等の有無をチェックしてください。

心臓ペースメーカー [無・有]	その他の埋め込み金属 (医療用電子機器等も含む) [無・有※]
脳動脈瘤クリップ [無・有]	※有の場合は 部位・器具名・材質など詳しく
人工内耳 [無・有]	()
磁石式の義眼・人工肛門 [無・有]	
妊 娠 [無・有]	※金属によって検査出来ない場合がありますので、事前にご確認ください。

臨床診断や検査目的

症状経過及び検査結果

手術歴

[無・有] (詳しく)

検査結果	画像のご提供方法 (必要時、ご記入ください)	CD-ROM		有所見時のみCD-ROM		当日渡しを 希望する
		フィルム		有所見時のみフィルム		

【MRI 検査を受診される方へ】

この用紙は受診される方
にお渡しください。

検査日は _____ 月 _____ 日 受付時間は 午前・午後 _____ 時 _____ 分です。

※受付時間に来られない場合は、**事前にご連絡**ください。

※**検査はおよそ1時間程度かかります。**当日の状況により検査が遅れる場合もございます。
時間には余裕をもってお越しくださいますようお願いいたします。

MRI検査とは、磁石の力を利用して体内の様子を画像化する検査です。
痛みはなく、放射線による被曝もありません。

1. この検査は保険診療です。**保険証・医療証（交付されている方のみ）**をご持参ください。
2. 検査を行うにあたり、**同意書に署名（18歳未満の方は保護者の署名）**をいただきます。
3. 検査にかかるご費用は、保険証・医療証の負担割合で現金にてお支払いいただきます。

負担割合	単純撮影	造影撮影
1割	2,500円前後	～5,000円
2割	5,000円前後	～10,000円
3割	7,500円前後	～15,000円

*上記の金額はあくまでも目安です。また、保険適用外の場合はお問い合わせください。

4. **腹部検査**または**造影検査**を受けられる方は、**受付の4時間前から禁食**となります。水・お茶は飲んでもかまいません。治療薬も通常どおり内服してください。
5. 造影検査（または造影適宜検査）を受けられる方は、主治医より渡されました「MRI造影検査についての説明書」をお読みいただき、ご記入のうえ検査当日にご持参ください。
6. 妊娠中または妊娠の可能性のある方は検査をお断りしております。
7. 検査当日は、検査着に着替えをお願いしております。着替えやすい服装でお越しください。
8. 刺青（タトゥー）は、やけど・変色・絵くずれを起こすことがあり、場合によっては検査ができない可能性があります。
9. 化粧はMRI画像に大きな影響を与えることがあるため、場合によっては化粧を落としていただくことがあります。（アイラインやマスカラ等）
10. 検査結果は主治医宛てに発送します。到着をご確認のうえ、ご受診ください。

検査当日は以下のような取り外すことのできる金属類等は全て外していただきます。

義 歯：入れ歯・部分入れ歯

※マグネット式入れ歯や歯列矯正器具などは、検査当日までに**治療した歯科医院にMRI検査が可能かどうか、確認**してください。

なお、治療によるかぶせもの（銀歯）は問題ありません。

※着脱の有無にかかわらず、画像に大きな影響がある場合は検査を中止することがあります。

貼 り 薬：磁気絆創膏・カイロ・湿布・心臓治療薬・ニコチン治療薬など

衣 類：飾り（金具など）のついている服・遠赤外線繊維の服・ヒートテック・ブラジャーなど

貴金属類：指輪・ピアス・ネックレス・ヘアピンなどのアクセサリー類

貴重品類：時計・携帯電話・磁気カード類・補聴器など

その他：コンタクトレンズ（使い捨て含む）・カツラなど

公益財団法人 世田谷区保健センター案内図

〒156-0043 世田谷区松原6-37-10

世田谷区立保健医療福祉総合プラザ内2・3階

電話:03-6265-7413

FAX:03-6265-7419

○ 交通

下車駅	電車	小田急線	梅ヶ丘駅	北口	徒歩5分
			豪徳寺駅		徒歩8分
		東急世田谷線	山下駅		徒歩8分
		京王井の頭線	東松原駅		徒歩14分

バス	○ 渋54	○ 梅02	松原バス停	1分
	○ 等13		梅ヶ丘バス停	5分

