

記入例

本誌の2枚目をプリントアウトして、
以下の項目をご記入ください。

- 身長／体重
- 質問事項のチェック
- 本人署名

診療情報提供書・MR検査依頼票

紹介先医療機関名 チームメディカルクリニック チームメディカルクリニック用

依頼日 西暦 年 月 日

紹介元医療機関名	
所在地 〒	
電話番号	
診療科名	ご担当医師名 印

住所	〒		
----	---	--	--

日中連絡の 取れる電話番号	身長/体重	155 cm / 53.5 kg	
------------------	-------	------------------	--

予約日時	月 日 () 午前 午後 時 分	ご予約の10分前にお越しください。
------	-------------------	-------------------

下記質問事項にチェックをお願いいたします。

① 体内金属がある(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属)	☐ はい	☒ いいえ	はい→検査ができない場合があります。
② 刺青・アートメイク・カラーコンタクト・ジェルネイルをつけている	☐ はい	☒ いいえ	はい→検査ができない場合があります。
③ 入れ歯をしている(磁石や金具で固定するタイプ)	☐ はい	☒ いいえ	はい→検査ができない場合があります。 ※当日、外していただきます。
④ 狭い空間が苦手である(閉所恐怖症)	☐ はい	☒ いいえ	はい→検査ができない場合があります。
⑤ 妊娠している、または妊娠の可能性がある	☐ はい	☒ いいえ	はい→検査ができない場合があります。

傷病名 紹介目的	画像 データ	☐ DVD要(枚)	☐ DVD不要	☒ 造影なし ※当院では造影 検査は行って おりません。
病状経過 既往歴	脳	☐ ルーチン	頸椎	☐ ルーチン
		☐ ルーチン+ネック	胸椎	☐ ルーチン
		☐ ルーチン+ブラークセット	腰椎	☐ ルーチン
		☐ ルーチン+テンソルセット	肩関節	☐ ルーチン(右・左)
	股関節	☐ ルーチン	肘関節	☐ ルーチン(右・左)
	膝関節	☐ ルーチン(右・左)	手関節	☐ ルーチン(右・左)
現在の処方 備考	足関節	☐ ルーチン(右・左)	前立腺	☐ ルーチン
	足部	☐ ルーチン(右・左)	子宮	☐ ルーチン
	備考			

医師	看護師	技師	受付	本人署名 山田さくら

診療情報提供書・MR検査依頼票

紹介先医療機関名 チームメディカルクリニック チームメディカルクリニック用

依頼日 西暦 年 月 日

紹介元医療機関名	
所在地 〒	
電話番号	
診療科名	ご担当医師名 印

住所	〒		
日中連絡の 取れる電話番号		身長/体重	_____ cm / _____ kg
予約日時	月 日 ()	午前 午後	時 分 ご予約の10分前にお越しください。
下記質問事項にチェックをお願いいたします。			
① 体内金属がある(心臓ペースメーカー・人工内耳・脳動脈クリップ・その他の体内金属)		☐ はい	☐ いいえ はい→検査ができない場合があります。
② 刺青・アートメイク・カラーコンタクト・ジェルネイルをつけている		☐ はい	☐ いいえ はい→検査ができない場合があります。
③ 入れ歯をしている(磁石や金具で固定するタイプ)		☐ はい	☐ いいえ はい→検査ができない場合があります。 ※当日、外していただきます。
④ 狭い空間が苦手である(閉所恐怖症)		☐ はい	☐ いいえ はい→検査ができない場合があります。
⑤ 妊娠している、または妊娠の可能性がある		☐ はい	☐ いいえ はい→検査ができない場合があります。
傷病名 紹介目的		画像 データ	☐ DVD要(枚) ☐ DVD不要 ☒ 造影なし ※当院では造影 検査は行って おりません。
病状経過 既往歴		脳	☐ ルーチン 頸椎 ☐ ルーチン
			☐ ルーチン+ネック 胸椎 ☐ ルーチン
			☐ ルーチン+ブラークセット 腰椎 ☐ ルーチン
			☐ ルーチン+テンソルセット 肩関節 ☐ ルーチン(右・左)
		股関節	☐ ルーチン 肘関節 ☐ ルーチン(右・左)
膝関節	☐ ルーチン(右・左) 手関節 ☐ ルーチン(右・左)		
足関節	☐ ルーチン(右・左) 前立腺 ☐ ルーチン		
現在の処方 備考	足部	☐ ルーチン(右・左)	子宮 ☐ ルーチン
		備考	

医師	看護師	技師	受付	本人署名	

MR検査を受診の方へ

当日のご注意点

検査予約時刻の**15分前**までに1階クリニック受付へお越しください。遅れやキャンセルの場合、必ず電話連絡をお願いいたします。

常用している内服薬は通常通り内服して構いませんが、担当医師から検査日のみの個人処方指示がある場合は、その指示に従って内服してください。

MR検査の禁忌・注意事項

手術や治療によって、下記のような磁性のある金属が体内にある方は検査を施行できない可能性があります。該当項目がある方は、必ず検査来院前に施術された施設または担当医師に検査可能かのお問い合わせをお願いいたします。

⚠ 絶対受診できない方

・ペースメーカー

※当院では磁場の強い3T(テスラ)MRI装置を使用しているため、ペースメーカーを装着されている方は検査不可とさせていただきます。

⚠ 原則受診できない方

・歯科インプラント ・脳動脈クリップ ・子宮内避妊器具 ・各種ステント/プレート/人工関節/シャント/仙骨刺激装置等

※非磁性体など、素材によっては検査可能です。施術をした担当医師、歯科医師等にご確認ください。

・入れ墨やアートメイク等

※顔料やデザインによって熱傷を引き起こす恐れがあります。

※部位によっては検査不可となる可能性があります。

・閉所恐怖症の方、以前MR検査を受診した際につらく感じられた方

※当院では緊張緩和のため、ヘッドホンとBGM、足元の見える(視野が広がる)鏡等を準備しております。

・妊娠中または妊娠の可能性のある方

更衣・所持品・装着物等に関する注意事項

⚠ 下記の物は検査前に外していただきます。

金属のある物

画像が乱れて検査に支障をきたします。また、金属が磁力で飛ぶなどして大変危険です。

時計 携帯電話 補聴器 ヘアピン ネックレス 入れ歯 ウィッグ ベルト 鍵 ピアス 小銭 ポールペン カイロ ライター ブラジャー
衣類のファスナー 治療鍼 各種装具(義手・義足・義眼) コルセット

磁気のある物

磁性体が含まれているものは、検査画像に影響があります。

キャッシュカード 駐車券 磁気バンド エレキバン

その他

金属が含まれるため、熱傷を起こし、重大な事故につながります。

保温下着 カラーコンタクトレンズ 湿布薬 貼付剤(ニコチネルTTS/ニトロダーム/ノルスバンテープ)

上記は一例です。その他、金属や磁気のある物は外していただく場合がございますのでお問い合わせください。

TEAM MEDICAL CLINIC

TEL.03-6206-1408 (受付時間9:30～18:00 休診日:土・日・祝祭日)