

患者様用

◆ 診療情報提供書(MRI検査依頼書) ◆

本票(1枚目)は、必ず貴院より患者様にお渡し下さい

＜ 検査連絡票 ＞ 検査予定日時、検査施設は下記のとおりです。

検査日時	年 月 日 () 午前・午後 時 分 来院
検査施設 (どちらかに○をつけて下さい)	西の京病院 ・ メディカルプラザ薬師西の京

※ 時間厳守の程、お願い申し上げます。

● MRI検査について

MRI検査は磁場を用いた検査法で、被曝の心配はございません。
また、検査は筒状の装置の中で行い、大きな金属音を伴いますが心配ございません。

● 検査における注意事項

- ① 腹部検査及び造影検査の方は、**検査当日は予約時間の4時間前から絶食** してください。
但し、水分は制限のある方以外は水またはお茶に限り飲んで頂いてかまいません。
絶食時間内に服用しなければならない薬がある方は主治医にご相談ください。
- ② 次に該当する方は検査を受けることができません。
 - 心臓ペースメーカーや埋め込み型除細動器を装着されている方は、原則できません(医師にご相談ください)
 - 人工内耳や可動式義眼を装着されている方
- ③ 次に該当する方は検査が出来ない場合があります(予め主治医に申し出てください)
 - 手術などで体内に金属物がある方(脳動脈瘤クリップ、水頭症の圧可変式バルブシャント、ステント・人工関節など)
 - 妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方
 - 入れ墨や永久アイライン、アートメイクのある方(やけどの恐れがあります)
(過去にMRI検査を受けられた方は、この限りではありません)
- ④ 次の物は検査室へ持ち込めません。
 - 磁気を帯びたもの(キャッシュカード、クレジットカード、エレキバン等)
 - 補聴器、携帯電話や金属類(ヘアピン、アクセサリ、時計、カイロ等)
 - 検査当日はコンタクトレンズ、金属粉を使用した化粧品(アイシャドウ等)、整髪料の使用はお控えください

● 検査当日について

- ① 検査当日は **上記検査施設** の1階受付にお越しください。
 - ② 検査の状況によっては、時間が前後することがございます。予めご了承ください。
 - ③ 事情により来院できない場合は、事前に当院までご連絡ください。
- (※ 検査機器の保守点検等には万全を期していますが、万一機器の故障等で撮影ができなくなる場合がございます。)
その場合は、日時の変更をお願いすることがございますのでご理解とご協力をお願い致します。

＜ シャトルバス案内 ＞

【運行時間】

8 : 00 ~ 16 : 00

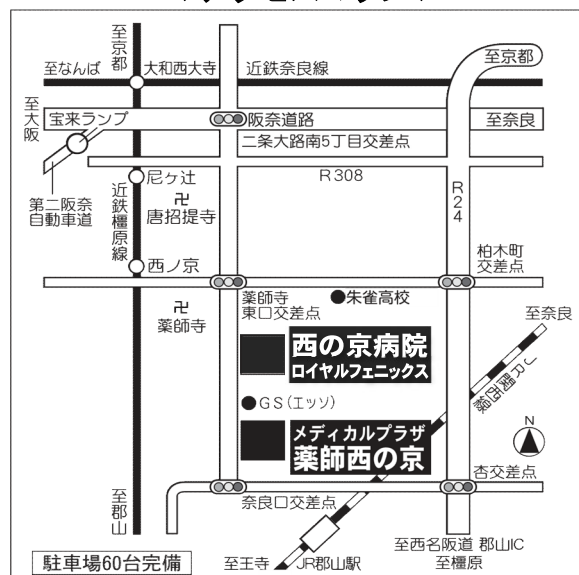


【のりば】

- ・ 近鉄 大和西大寺駅 南口 (毎時00、20、40分発)
- ・ 奈良交通 西ノ京駅バス停 (毎時10分発)
- ・ 近鉄 近鉄郡山 アスモ前 (毎時40分発)
- ・ JR 郡山駅 西口 (毎時35分発)

検査施設がメディカルプラザ薬師西の京の場合は、乗車の際、運転手にお申しつけ下さい。正面入口までお送りします。

＜ アクセスマップ ＞



医療法人 康仁会	西の京病院	TEL	放射線科直通	0742 - 35 - 7674
医療法人 康仁会	西の京病院	TEL	0742 - 35 - 1215	FAX 0742 - 35 - 1216
	メディカルプラザ薬師西の京			

< 紹介先医療機関 > 医療法人 康仁会 西の京病院

医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京

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

次回診察予定日	月 日 AM・PM
---------	-----------

< 紹介元医療機関 >

(フリガナ)			
氏名	(男・女)		
生年月日	年 月 日		
連絡先	() -	診療科	科
診療区分	外来・入院 (病棟名)	紹介医師名	

検査項目 ご希望の部位を ○で囲んでください	単純・造影 ※
	頭部・頸部 () ・ 胸部・上腹部 (肝胆膵脾 ・ 腎) 下腹部 () ・ 整形領域 () その他 ()
確認事項	心臓ペースメーカー (なし ・ あり) 妊娠の可能性 (なし ・ あり) 脳動脈瘤クリップ (なし ・ あり) 入れ墨、アートメイク (なし ・ あり) VPシャント (なし ・ あり) コンタクトレンズ (なし ・ あり) 手術による体内金属 (なし ・ あり) → ありの場合 ()
※造影検査の 確認事項 当院担当医の判断で 造影検査が実施できない 場合もございます	① アレルギー歴 (なし ・ あり) ② 喘息 (なし ・ あり) ③ 腎機能異常 (なし ・ あり) 《 eGFR : mL/min/1.73m ² または クレアチニン値 : mg/dL 》

臨床診断	
主訴	
< 現病歴・検査成績・手術既往歴等 >	告知の有無 (なし ・ あり) なしの場合の患者様への説明内容

◆ 診療情報提供書(MRI検査依頼書) ◆

お申込日 年 月 日

〈 紹介先医療機関 〉 医療法人 康仁会 西の京病院
医療法人 康仁会 西の京病院 メディカルプラザ薬師西の京

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

次回診察予定日	月 日 AM・PM
---------	-----------

〈 紹介元医療機関 〉

(フリガナ)			
氏名	(男・女)		
生年月日	年 月 日		
連絡先	() -	診療科	科
診療区分	外来・入院 (病棟名)	紹介医師名	

検査項目 ご希望の部位を ○で囲んでください	単純・造影 ※
	頭部・頸部 () ・ 胸部・上腹部 (肝胆膵脾 ・ 腎) 下腹部 () ・ 整形領域 () その他 ()
確認事項	心臓ペースメーカー (なし ・ あり) 妊娠の可能性 (なし ・ あり) 脳動脈瘤クリップ (なし ・ あり) 入れ墨、アートメイク (なし ・ あり) VPシャント (なし ・ あり) コンタクトレンズ (なし ・ あり) 手術による体内金属 (なし ・ あり) → ありの場合 ()
※造影検査の 確認事項 当院担当医の判断で 造影検査が実施できない 場合もございます	① アレルギー歴 (なし ・ あり) ② 喘息 (なし ・ あり) ③ 腎機能異常 (なし ・ あり) 《 eGFR : mL/min/1.73m ² または クレアチニン値 : mg/dL 》

臨床診断	
主訴	
〈 現病歴・検査成績・手術既往歴等 〉	告知の有無 (なし ・ あり) なしの場合の患者様への説明内容