

## 保険情報送信様式（F A X用）

紹介元

貴院名：

医師名：

T E L：

F A X：

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要箇所は、マル  をお願い致します。

|                  |             |      |                                                                                                                                       |
|------------------|-------------|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 予約項目・日時          | 月 日 ( ) 時 分 |      |                                                                                                                                       |
| 診 察              | 診療科：        | 科    | 予約医師：                                                                                                                                 |
| C T              | ※必須<br>単純   | 撮影部位 | 撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。<br>※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は<br>念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。                                            |
| M R I            | 造影          |      | eGFR >                      又は (Cr:                      mg/dl ) (検査日：                      )<br><b>造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。</b> |
| マンモ<br>グラ<br>フィー | 相模原市検診以外    |      | ※レポート有ります。 <u>相模原市（受診券等）は使用できません。</u>                                                                                                 |
|                  | 相模原市 検診     |      | ※レポート無しです。      必要書類を当日に必ずご持参下さい。                                                                                                     |
| エコー              | 撮影部位：       |      |                                                                                                                                       |
| その他              |             |      |                                                                                                                                       |

|        |  |
|--------|--|
| 病名（主訴） |  |
| 予約目的   |  |

浏野辺総合病院に受診した事がありますか？（可能であれば、お願いします。）

|       |                                                                                         |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| 受 診 歴 | 無      ・      有      ：診察券番号【                      】・いつごろの受診ですか？（                      ） |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------|

|      |          |             |                                |
|------|----------|-------------|--------------------------------|
| フリガナ |          | 男<br>・<br>女 | 明 大 昭 平                        |
| 患者氏名 | 様        |             | 年      月      日生      才        |
| 住 所  | 〒      - |             | T E L      連絡のとれる電話番号をお願い致します。 |

## ・ 予約当日

受付にはお時間に余裕を持って

ご来院（正面玄関入ってすぐの受付へ）下さい。

## ・ 持ち物

- ・ 診療情報提供書
- ・ 造影剤同意書（造影検査の方のみ）
- ・ 保険証（医療受給者証）
- ・ 診察券（受診歴がある方のみ）

医療法人社団相和会

## 浏野辺総合病院

メディカルサポートセンター

地域医療連携課 医療連携係

直通 TEL      0 4 2 - 7 5 4 - 3 3 0 2

直通 FAX      0 4 2 - 7 5 4 - 3 3 2 3

保険情報送信様式（F A X用）

紹介元

貴院名　：　〇〇病院・クリニック  
医師名　：  
T E L　：  
F A X　：

※ 予約は事前に電話でお受け致します。  
※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要個所は、マル  をお願い致します。

|                  |                           |                                 |                                                                                            |
|------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 予約項目・日時          | 月　　　　　日　　　（　　　）　　　　　時　　　分 |                                 |                                                                                            |
| 診　　察             | 診療科：　　　　　　　科              | 予約医師：                           |                                                                                            |
| C T              | ※必須<br>単純<br>・<br>造影      | 撮影部位                            | 撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。<br>※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は<br>念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。 |
| M R I            |                           |                                 | eGFR >　　　　　又は(Cr：　　　mg/dl ) (検査日：　　　)                                                      |
| マンモ<br>グラ<br>フィー | 相模原市検診以外                  | ※レポート有ります。　　相模原市（受診券等）は使用できません。 |                                                                                            |
|                  | 相模原市　検診                   | ※レポート無しです。　　必要書類を当日に必ずご持参下さい。   |                                                                                            |
| エコー              | 撮影部位：                     |                                 |                                                                                            |
| その他              |                           |                                 |                                                                                            |

CT・MRの造影依頼時には検査値をお願いします。

|        |  |
|--------|--|
| 病名（主訴） |  |
| 予約目的   |  |

浏野辺総合病院に受診した事がありますか？（可能であれば、お願いします。）

|       |                                                  |
|-------|--------------------------------------------------|
| 受　診　歴 | 無　　・　　有　：診察券番号【　　　　　　　　　　　】・いつごろの受診ですか？（　　　　　　　） |
|-------|--------------------------------------------------|

|      |       |             |                               |
|------|-------|-------------|-------------------------------|
| フリガナ |       | 男<br>・<br>女 | 明　大　昭　平                       |
| 患者氏名 | 様     |             | 年　　　月　　　日生　　　才                |
| 住　　所 | 〒　　　- |             | T E L　　　　　連絡のとれる電話番号をお願い致します。 |

- ・ 予約当日  
受付にはお時間に余裕を持って  
ご来院（正面玄関入ってすぐの受付へ）下さい。
- ・ 持ち物
  - ・ 診療情報提供書
  - ・ 造影剤同意書（造影検査の方のみ）
  - ・ 保険証（医療受給者証）
  - ・ 診察券（受診歴がある方のみ）

医療法人社団相和会

浏野辺総合病院

メディカルサポートセンター

地域医療連携課　医療連携係

直通 TEL　　0 4 2 - 7 5 4 - 3 3 0 2

直通 FAX　　0 4 2 - 7 5 4 - 3 3 2 3

2012. 10. 31　H P 用

①電話にて、予約枠を取得

8:45～17:30　メディカルサポートセンター

地域医療連携課　医療連携係

直通　042-754-3302

②保険情報送信様式(FAX用)の送信

メディカルサポートセンター

地域医療連携課　医療連携係

FAX　042-754-3323

③当日、紹介状と必要書類(同意書等)をご持参ただ  
けますよう、患者様へお渡し下さい。

# MRI検査予約票

(患者さん用)

|      |                                                                                                            |                   |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| フリガナ |                                                                                                            | 生年月日<br>大・昭・平・令   |
| 氏名   | 男・女                                                                                                        | 年 月 日             |
| 予約日  | 西暦 年 月 日 ( )                                                                                               | 予約時間<br>午前・午後 時 分 |
| 持ち物  | <input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健康保険証・各種受給者証 <input type="checkbox"/> 当院診察券 (※ある方のみ) |                   |

## ◎ 検査を受けられる時の注意事項

|        | 食べ物     | 飲み物                  | 検査所要時間   | その他                                            |
|--------|---------|----------------------|----------|------------------------------------------------|
| 頭部単純   | 制限ありません | 制限ありません              | 10～30分程度 | ・検査着に着替えて頂きます。                                 |
| 頭部造影   | 検査の     | お茶・お水は積極的に<br>お飲み下さい | 30～40分程度 | ・コンタクトレンズをご使用の方は、外して頂きます。ケースをお持ち頂くか、眼鏡でご来院下さい。 |
| 体幹(脊椎) | 制限ありません | 制限ありません              | 30～50分程度 | ・金属類(時計・メガネ・アクセサリ類)は、全て外して頂きます。                |
| 子宮・卵巣  | 検査の     | 検査の                  | 40～60分程度 | ・化粧品は落として頂く場合があります(金属を含んでる場合がある為)              |

※ MRI検査は、普段経験しないような強い磁場となっています。

- ・磁気カードや貴重品(金属類で外した物)などは全てロッカーへ入れて頂きます。
- ・アクセサリ等をお控え頂き、なるべく薄化粧でおいで下さい。
- ・腹部の検査や造影剤を使用した場合、お食事は検査の3時間前までに済ませて頂きます。
- ・当日、検査の適応を放射線科で判断し、場合により安全性を考え検査を見合わせる場合があります。

※ 下記に当てはまる方は事前に主治医先生へご相談下さい。

- ・内服薬の服用についての相談は、依頼医にご相談下さい。

※ ご予約のキャンセルは依頼元の医療機関へご連絡下さい。

※ 検査に関する質問等ありましたら、放射線科で受付けております。

※ 救急などにより、検査の開始時間が前後する場合がありますのでご了承下さい。

◎ MRI検査は通常次の順序で行います。

《 注 意 事 項 》

|   |                |                                                        |
|---|----------------|--------------------------------------------------------|
| ① | 検査20分前に受付      | トイレに関しては指示に従って下さい。                                     |
| ② | MRI更衣室で検査着へ着替え | トイレに関しては指示に従って下さい。                                     |
| ③ | 検 査            | 検査中は体を動かさないで下さい。<br>マイクが設置してありますので何か変化があった場合は声をかけて下さい。 |
| ④ | 検査終了           | 更衣室等に忘れ物がないようお帰りください。                                  |

澁野辺総合病院 医療連携室

〒252-0206 相模原市中央区澁野辺3-2-8

直通 TEL 042-754-3302 FAX 042-754-3323

(事前予約・放射線科・医師へのお問い合わせ等)

# 地域連携用「MRI 安全確認リスト」 （事前問診票）

医療機関名

患者氏名:

(男・女)

医師名

先生

生年月日:T・S・H・R

年

月

日

検査予約日:

年

月

日 ( )

予約時間:

時

分 (20分前に来院)

## ★ 絶対禁忌

|   |                             |       |          |
|---|-----------------------------|-------|----------|
| ① | 除細動器・ペースメーカー装着              | なし・あり | ※撮像できません |
| ② | 人工内耳                        | なし・あり |          |
| ③ | 眼球内金属粉混入(職業・事故等)            | なし・あり |          |
| ④ | 生命維持に必要な金属、電子機器モニター類を外せないもの | なし・あり |          |
| ⑤ | 広範囲ないれずみ                    | なし・あり |          |

## ★ 撮像に注意が必要

※術後8週間以内のMRIは原則禁忌としていますが臨床上必要な場合などとはご相談ください

|   |                             |       |             |
|---|-----------------------------|-------|-------------|
| ① | 脳室腹腔シャント(調整式)               | なし・あり | 手術内容、年月、施設名 |
| ② | 人工弁・脳動脈瘤クリップ・ステント           | なし・あり |             |
| ③ | 体内金属                        | なし・あり |             |
| ④ | 手術歴                         | なし・あり |             |
| ⑤ | 白内障手術(左・右)                  | なし・あり |             |
| ⑥ | 消化器内視鏡クリップ                  | なし・あり |             |
| ⑦ | 体内結さつ用クリップ(腹腔鏡下胆嚢摘出術、胃、大腸等) | なし・あり |             |
| ⑧ | 歯科インプラント                    | なし・あり |             |

|   |                                        |       |
|---|----------------------------------------|-------|
| ⑨ | 体内人工物(金属製の避妊リング)の使用                    | なし・あり |
| ⑩ | 心臓病・禁煙薬の貼布薬(ニコロダームTTS、ニコチネルTTS)        | なし・あり |
| ⑪ | 経皮吸収型製剤(貼布薬) (薬剤名 )                    | なし・あり |
| ⑫ | インスリンポンプ・持続グルコース測定器(FreeStyle リブレ 等)   | なし・あり |
| ⑬ | いれずみ (部位と範囲: )                         | なし・あり |
| ⑭ | 義眼(取り外し可能な物)、コンタクト・カラーコンタクト            | なし・あり |
| ⑮ | 閉所恐怖症                                  | なし・あり |
| ⑯ | てんかんと言われた事はありますか                       | なし・あり |
| ⑰ | 不整脈                                    | なし・あり |
| ⑱ | 増毛スプレー、毛髪着色料(部分白髪染め) → 一時的なもの          | なし・あり |
| ⑲ | アートメイク(アイライン、つけまつげ、マスカラ、アイシャドーなど)      | なし・あり |
| ⑳ | 入れ歯・かつら・ウィッグ・ヘアエクステンション(つけ毛)           | なし・あり |
| ㉑ | ネイルアート、ジェルネイル、つけ爪、アクリルネイル、マニキュア、UVケア用品 | なし・あり |
| ㉒ | 装具・コルセット・ストーマベルトなど                     | なし・あり |
| ㉓ | 尿道留置カテーテル (磁石式開閉キャップは交換が必要)            | なし・あり |
| ㉔ | 妊娠の可能性 ( )ヶ月 ・ ( )週                    | なし・あり |

\*MRI検査が可能かどうか施行医に確認が必要です。

体内インプラントがある場合、別用紙が必要となりますので正確な記入をお願いします

|   |                                           |
|---|-------------------------------------------|
| ㉕ | MR検査歴 なし・当院あり・他施設あり 施設名( ) (西暦 年 月) 部位( ) |
|   |                                           |

# MRI検査を受けられる方へ

## ●注意事項（よくお読みください）

\*金属製または磁気に敏感な物品・素材が分からないものを持っていたり、身につけ、そのままMR検査室に入室すると、吸着や熱傷（やけど）事故につながり大変危険です。金属類・化粧品等で不明な場合は、それぞれの商品の製造元にお問い合わせください。

\*確認が出来ない場合は、放射線科の判断で場合により検査の変更をお願いすることがあります。

下記の内容を必ず確認してください。

検査日前までにはずしておいて下さい

**\*ご使用の方は検査ができない  
可能性があります**



毛髪着色料（一時染毛料、部分白髪染めなど）  
[マスカラタイプ/パウダータイプ/マーカータイプ/エアゾールタイプ]  
増毛スプレー



⇒検査前日に洗髪をし洗い流してください



アートメイク、つけまつ毛、エクステ



ネイルアート、ジェルネイル、つけ爪  
アクリルネイル、手足のマニキュア



保温下着（ヒートテックなど）貼り薬、塗り薬、軟膏類、テープ類、制汗剤

検査当日、更衣時に取り外していただきます

- ☐ 心臓病・禁煙薬の貼布薬（ニトロダームTTS、ニコチネルTTS）⇒予備をお持ちください
- ☐ 経皮吸収型製剤（貼布薬）（薬剤名）  
\*検査時に剥がせるか主治医に確認が必要です
- ☐ コンタクト・カラーコンタクト、ファッションレンズ、眼鏡 ⇒ ケースをお持ちください
- ☐ アクセサリー類、腕時計など
- ☐ 化粧（UVケア用品）

検査当日、持参していただくもの

- ☐ 診察券 \*検査予約時間の20分前までに再来機受付をしてください
- ☐ 予約票
- ☐ 体内の金属・医療機器の詳細が分かる資料（カード・手帳） \*お持ちの方のみ
- ☐ 造影検査 説明・同意書(3-②) \*造影検査の方のみ

お問い合わせ先 刈野辺総合病院 042-754-2222 MRI室（内線2114）