

検査等申込 兼 保険情報送信様式（FAX用）

紹介先
医療法人社団相和会 刈野辺総合病院
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
TEL 042-754-3302（直通）
FAX 042-754-3323（直通）

紹介元
医療機関名
医師名
TEL
FAX

※太枠内をご記入ください。項目・必要箇所は、マル○ または ☑をお願いいたします。 ☐開放登録医

フリガナ		性別	TEL	連絡の取れる電話番号をお願いいたします	刈野 辺 総 合 病 院 記 入 欄
患者氏名		男・女			
生年月日	大 昭 平 令 年 月 日 歳		住所		
刈野辺総合病院受診歴 有 ・ 無 診察券番号（ ）					
傷病名					受付日
検査目的	※記入せず、診療情報提供書のFAXでも結構です				／
予約 項目	予約日時： 月 日 （ ） 時 分				予約内容 確認者 (連携室)
診察	診療科	科	予約医師		
CT	※必須 単純 ・ 造影	撮影部位	造影の場合 検査日（ / ） eGFR > 又は（Cr： mg/dl） ※アレルギー対応や撮影方法等、遠慮なくお問い合わせください		
MRI					
エコー	撮影部位				内視鏡医 確認印
胃カメラ	経鼻 ・ 経口	適応があった場合の尿素呼吸試験 実施可 ・ 不可	※組織検査をした場合は結果郵送までに、2週間程お時間をいただきます。検査所見のみ先行FAXも可能ですので、ご所望ください。		依頼
その他	マンモグラフィー ・ 骨塩定量 ・ 栄養指導 ・ （ ）				結果

画像のご希望媒体	フィルム ・ CD-R ・ プリント ・ 画像不要(レポートのみ)
CT/MRI 特記指示	☐ 当日、画像の患者手渡しを希望 ※特記指示がない場合は後日郵送いたします

- ・ 当日の持ちもの
診療情報提供書、健康保険証、診察券(お持ちの方)、検査に必要な書類（同意書、問診票）、お薬手帳
- ・ ご不明点は、地域医療連携課へお問い合わせください。

MRI検査予約票

フリガナ		性別	生年月日 大 昭 平 令		
氏 名		男 ・ 女	年 月 日		
予約日時	年 月 日 () 時 分 ※予約時間の20分前までに受付をして、1階の放射線科受付へお越し下さい				

予約時間が過ぎてしまうと検査の順番が変更、または当日検査が出来ない場合があります。

◎ 注意事項 ※「MRI検査を受けられる方へ」もよくお読みください

- ・MRI検査室は、強い磁場となっています。
- 検査着に着替え、磁気カードや金属類などは全てロッカーへ入れていただきます。

検査	食べ物	飲み物
造影なしの検査 ※子宮・卵巣・腹部以外	制限はありません	制限はありません
	内服薬の制限はありません	
MRCP	検査の4時間前までに済ませてください	検査の4時間前まで飲めます
	内服薬の服用は主治医にご相談ください	
造影検査 または 子宮・卵巣・腹部検査 ※MRCP以外	検査の4時間前までに済ませてください	乳製品を含まない水・お茶に限り積極的に飲みください
	内服薬の服用は主治医にご相談ください	

- ・検査所要時間は、撮影部位により、10分～60分と異なります。
- ・ウイルス感染症、水痘・带状疱疹等の皮膚疾患の診断を受けた場合は事前に泌尿器科総合病院放射線室までご連絡ください。
- ・救急、重症患者さんの対応などにより検査開始時間が前後する場合がありますのでご了承ください。
- ・ご予約の変更は、紹介元の医療機関へご連絡ください。

医療法人社団 相和会 泌尿器科総合病院
〒252-0206 相模原市中央区淵野辺3-2-8
TEL 042-754-2222(代)

2025年6月 改訂

地域連携用MRI安全確認リスト (事前問診票)

患者氏名: (男・女)

医療機関名:

生年月日: T・S・H・R 年 月 日

医師名:

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

☆☆ 手術後、8週間以内は確認が必要 ☆☆

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(留置後2週間以内)	なし・あり	
⑦ 体内結さつ用クリップ(腹腔鏡下胆嚢摘出術 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(ニトロダーム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有りますか	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

最終MRI検査歴 なし / 当院 / 他施設	
㉕ 最終検査歴が他施設の場合は、 右記項目の記入をお願いします	施設名() (西暦 年 月) 部位()
	事前問診確認者 当日確認技師

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。また、申告していない手術歴があった・検査日前までに手術を受けた場合は確認が必要となりますので、当院までご連絡ください。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。

当日ご使用の方は検査ができない可能性があります
前日までに外しておいてください



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て洗い流し、当日は使用しないで下さい



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

*インスリンポンプ、グルコースモニター（リブレ）

*** 外して良いか
医療機関にお問い合わせ
合わせ下さい**

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

- ☐ 紹介状 ☐ 健康保険証 ☐ 診察券（お持ちの方） ☐ お薬手帳
- ☐ 検査予約票 ☐ MRI安全確認リスト（当日持参する方のみ）
- ☐ 体内の金属・医療機器の詳細が分かる資料（カード・手帳等お持ちの方）
- ☐ 造影検査 説明・同意書（造影検査の方）

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