①電話で検査予約の際に、希望日時・検査種別・部位などをお伺いします。TEL：072-763-5100
②差し支えなければ当院地域連携宛てに検査申込書及び診療情報提供書のFAXをお願いします。FAX：072-763-5127

検査申込書（診療情報提供書）

年　　月　　日

医療法人マックシール巽病院　担当医　行

医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師名

下記の通り、検査を依頼します。

フリガナ		☐男 ☐女	生年月日	☐M ☐T ☐S ☐H ☐R 年 月 日 歳
氏　名			TEL	
検査日時	（　土　） 時 分			

☐ＣＴ・胃透視・注腸においては、検査の正当性・被曝線量の最適化を行う事を説明し、同意を得ましたので依頼いたします。

放射線

☐CT　☐単純

頭頸部	頸部・胸部	腹部	血管系	脊椎	躯幹・四肢
☐頭部 ☐副鼻腔 ☐眼窩 ☐側頭骨	☐胸部 ☐頸部	☐上腹部 ☐下腹部 ☐全腹部 ☐大腸 (事前受診要)	☐胸部大動脈 ☐腹部大動脈 ☐全大動脈 ☐心臓 ☐動脈 ☐上肢 ☐下肢	☐頚椎 ☐胸椎 ☐腰椎	☐鎖骨 ☐右 ☐左 ☐肩関節 ☐右 ☐左 ☐股関節 ☐右 ☐左 ☐膝関節 ☐右 ☐左

☐その他の部位　（　　）

☐MRI 3枚目問診票必要　☐造影

頭部	頸部・胸部	腹部	骨盤	脊椎	躯幹・四肢
☐脳 ☐脳+MRA ☐脳+MRA+頚部MRA ☐下垂体 ☐VSRAD	☐乳房 ☐右 ☐左 ☐頸部 ☐頸動脈(MRA)	☐肝胆膵 ☐MRCP ☐腎臓	☐子宮・卵巣 ☐膀胱 ☐前立腺	☐頚椎 ☐胸椎 ☐胸腰椎移行部 ☐腰椎	☐肩関節 ☐右 ☐左 ☐股関節 ☐右 ☐左 ☐膝関節 ☐右 ☐左 ☐動脈 ☐上肢 ☐下肢

☐その他の部位　（　　）

造影の場合　①別紙同意書が必要です。　②血清クレアチニン　mg/dl　測定日(約1ヶ月以内)　月　日　③ビグアナイド系糖尿病薬　☐有 ☐無　薬品名

☐DXA　☐胃透視　☐注腸 (事前受診要)

感染症	結果説明（貴院診察予定日）
Wa氏 ☐+☐− HBs抗原 ☐+☐− HCV抗原 ☐+☐− その他	☐当日 ☐所見届き次第 ☐　月　日

内視鏡　☐上部内視鏡　☐下部内視鏡 (事前受診要)　※ ☐抗血栓薬　薬品名

生理検査
☐負荷心電図　☐24時間ホルター心電図　☐神経伝導検査　☐ABI　☐PSG (事前受診要)
☐腹部エコー　☐心臓エコー　☐頸動脈エコー
☐下肢動脈エコー　☐下肢静脈エコー　☐乳腺エコー　☐甲状腺（副甲状腺）エコー

※貴院書式の診療情報提供書を添付される場合は下記項目の記載は不要です。（その際はこちらにチェック）

傷病名	
検査目的	
既往歴・手術歴	
経過 内服薬等	

☐別添診療情報提供書有り

1枚目は巽病院へ、2枚目は患者様控え、3枚目はMRI依頼時に添付して下さい。　2023.08　巽病院

患者様控え

予約票

下記予約時間の30分前に受付へお越し下さい。

年　　月　　日

医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師名

フリガナ **氏　名**		□男 □女	生年月日 □M □T □S □H □R 年　月　日　歳 TEL
検査日時	年　月　日（　）　時　分		

安全に正しく検査を行うため、以下の項目にご注意ください。

CT	妊娠の可能性がある場合には原則、検査できません。 妊娠可能年齢の女性は月経開始から10日以内に撮影されることをお勧めします。 造影検査をうけられる方は、主治医から説明及び問診チェックを受けてください。	
MRI	注意事項 検査中は大きな音が出ます。 体内に機器や金属が存在すると、故障や発熱、位置のずれ、正確な診断ができない原因となります。 化粧品や日焼け止め等の金属成分により低温やけどの可能性があるため、当日は使用を避けること をお勧めします。 MRI検査は60ｃｍ程のトンネルの中で、10～60分動けません。また、体をバンドで固定し動きを抑制します。 閉所恐怖症やじっとできない方は検査が受けられない場合がありますが、緊急ブザーでスタッフに 連絡できますので、気分不良や異常を感じられましたら、ブザーを押してお知らせください。 **【重要：検査が受けられない、または確認が必要な方】**	
	原則実施不可	●心臓ペースメーカー※abbott（旧SJM）社製の条件付きMRI対応型ペースメーカーのみ対応可（検査前に当院ペースメーカー外来の受診が必要です） ●植込み型除細動器（ICD）、人工内耳・人工中耳 ●神経刺激装置（SCS等）、可動性義眼、スワンガンツカテーテル ●体内金属片（グラインダー工場などでの金属粉・散弾など）
	必ず事前に ご相談が必要な方	●脳動脈クリップ・コイル、心臓人工弁・人工弁輪、圧可変式バブルシャント ●人工関節・インプラント（整形外科）、ステント、下大静脈フィルター ●インスリンポンプ・持続グルコース測定器（検査前に取り外します） ●妊娠中（可能性も含む）、閉所恐怖症、不整脈、てんかんをお持ちの方 ●刺青（タトゥー）、アートメイク、パーマメントアイライン ●その他、体内金属片
	【検査室に持ち込めないもの】 火傷や故障の原因になるため、更衣室ですべて外していただきます。 ●**貴金属・磁気**：時計、眼鏡、指輪、ネックレス、ピアス、ヘアピン、鍵、携帯電話、磁気カード、財布 ●**身の周り品**：補聴器、入れ歯、かつら、増毛パウダー、カラーコンタクトレンズ、ジェルネイル、マグネットネイル ●**お肌、衣類**：湿布、磁気絆創膏（エレキバン等）、張り薬、使い捨てカイロ ●**【特に注意】保温下着**：ヒートテック等の機能性下着は火傷の恐れがあるため脱いでいただきます。	
大腸CT・注腸	**検査当日とは別に、事前に「内科・消化器内科」への受診が必要です。**	
上部内視鏡 胃透視	検査前日21：00以降の飲食は避け、当日は絶食で来院してください。高血圧、心疾患による 内服治療中の方は、特別な指示が無い限り、薬を少量の水で服用してください。	
下部内視鏡	**検査当日とは別に、事前に「内科・消化器内科」への受診が必要です。**	
PSG	**検査当日とは別に、事前に「睡眠・呼吸障害外来」への受診が必要です。**	
24時間 ホルター心電図	着脱しやすい服装で来院ください。機械装着中の入浴は不可です。 翌日再来院が必要です。	
神経伝導検査	神経を電気刺激しますので、多少の痛みやピリピリした感じを伴います。	
頚部エコー 甲状腺エコー	首回りの開く服装でお越し下さい。	

1枚目は巽病院へ、2枚目はMRI依頼時に添付して下さい。3枚目は患者様控え。　　2026.08　巽病院

巽病院　行

ＭＲＩ検査　問診票及び同意書

年　　月　　日

医療機関名
所在地
TEL
FAX
医師名

フリガナ		□男	生年月日	□ T　□ S　□ H　□ R 年　　月　　日 （　　歳）
氏名		□女	TEL	
検査日時	**年　　月　　日（　　）　　時　　分**			

◎ＭＲＩ検査にあたって、以下の質問にお答えください

過去に手術を受けたことがありますか？（他院含む）　□ はい　□ いいえ

（「はい」の方：手術内容　　）

■体内金属・医療機器の確認（当てはまるものにチェックしてください）

【A：MRI検査が受けられないもの（原則実施できません）】

□ 心臓ペースメーカー　□ 植込み型除細動器（ICD）　□ 人工内耳・人工中耳
□ 神経刺激装置（SCS等）　□ 可動性義眼　□ スワンガンツカテーテル
□ 体内金属片（グラインダー工場などでの金属粉・銃弾など）

【B：挿入施設に確認が必要なもの】

□ 脳動脈クリップ・コイル　□ 心臓人工弁・人工弁輪　□ 圧可変式バルブシャント
→確認状態：　□ 済　□ 未

【C：挿入施設に原則確認が必要なもの（確認困難な場合は発熱等の危険性を説明し同意の上、検査可能）】

□ 人工関節・インプラント（整形外科）

【D：挿入後3週間以上経過していれば撮像可能（緊急時はすぐに検査可）】

□ ステント　□ 下大静脈フィルター

【E：撮像に注意が必要なもの】

□ 避妊リング　□ 歯科矯正・歯科インプラント（埋め込み式）　□ 体内金属片（A以外）

【F：取り外していただくもの（検査前に外してください）】

□ インスリンポンプ・持続グルコース測定器　□ 歯科インプラント（マグネット式）
□ 貼付薬（ニトロ、ニコチネル等）　□ カラーコンタクトレンズ（コンタクトレンズは可）
□ ジェルネイル・マグネットネイル　□ 増毛パウダー

・現在妊娠している可能性はありますか？	□ はい　□ いいえ	
・てんかんの発作を起こしたことがありますか？	□ はい　□ いいえ	
・閉所恐怖症（狭いところが苦手）はありますか？	□ はい　□ いいえ	身長：＿＿＿＿＿cm
・イレズミ、タトゥー、アートメイクはありますか？	□ はい　□ いいえ	
・過去にMRI検査で気分が悪くなったことはありますか？	□ はい　□ いいえ	体重：＿＿＿＿＿kg

同意書

私はMRI検査に関する注意事項について説明を読み、内容を理解しました。また、体内金属や医療機器について正確に申告しました。これらを承知した上で、MRI検査を受けることに同意します。

＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿日　　患者署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■判定

MRI検査：　□ 可　□ 不可　　医師署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿