MRI検査依頼書（患者さま用）

検査日時	年	月	日	曜日	午前	・	午後	時	分	
患者さまお名前					様		歳	男	・	女
連絡先	（	）		―						
医療機関名					診療科					
担当医				先生	TEL	（	）	―		

MRI検査は磁石（磁場）を利用して身体の任意の断層像を画像化する検査で、放射線は使用しません。検査時間は部位によって異なりますが、約30分間です。

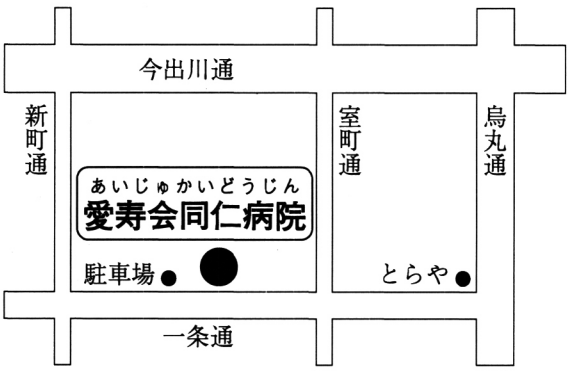
【注意事項】

1．検査当日は健康保険証と検査依頼書をご持参の上、検査時間の15分前にお越しください。
2．腹部の検査を受けられる方は、検査４時間前から絶飲食してください。
3．造影検査を受けられる方は、検査４時間前から絶食してください。
4．検査前に、排便や排尿をすませておいてください。
5．頭部に近い部位の検査を受けられる方は、マスカラ・アイシャドー・アイラインはしないでお越しください。
6．所持品等はすべて更衣室のロッカーに入れていただきます。
　●メガネ、時計、ヘアピン等のアクセサリー　●キャッシュカード、定期券等の磁気カード
　●補聴器、入れ歯、カラーコンタクト、ピップエレキバン等　●金属のついている下着
7．予約日時を変更される場合は、必ず前もってご連絡ください。

【重要事項】

●次の項目に該当する方は、MRI検査を受けられません!!

1．ペースメーカや人工内耳を装着されている方
2．磁性体の脳動脈クリップをされている方
3．妊娠中（５ヶ月以下）や妊娠の可能性のある方
4．刺青をされている方



駐車場

・50台収容可能な駐車場があり無料でご利用いただけます。

交　通

・地下鉄今出川駅（出口⑥番）南へ５分
・市バス烏丸一条停北、西へ５分
・市バス上京総合庁舎前停南へ５分
・市バス堀川一条戻り橋停東へ５分

検査申込み・お問い合せ：愛寿会同仁病院（あいじゅかいどうじん）　放射線科

〒602-0917 京都市上京区一条通新町東入東日野殿町394-1

☎414-7501（直通），431-3300（代表・内線123）

MRI検査依頼書（診療情報提供書）　ご依頼元控

検査日時	年	月	日	曜日	午前	・	午後	時	分
患者さまお名前					様		歳	男	・ 女
連絡先	（　　）			―					
医療機関名					診療科				
担当医				先生　TEL	（　　）			―	

検査部位　右・左		撮影方法	撮影方向
□ 頭　部	□ 肩関節	□ 単純	□ 横　断（Axial）
□ 頸　部	□ 股関節	□ MRA	□ 冠状断（Coronal）
□ 胸　部	□ 膝関節	□ MRCP	□ 矢状断（Sagittal）
□ 上腹部	□ 肘関節	□ 造影	□ ルーチン
□ 骨盤部	□ 手関節		
□ 頸　椎	□ 足関節		
□ 胸　椎	その他		
□ 腰　椎	（　　）		

臨床診断、検査目的、症状、詳細指示

○重要項目チェックリスト（必ず主治医が記入してください）

ペースメーカ・人工内耳	（ － ・ ＋ ）	磁性体の脳動脈クリップ	（ － ・ ＋ ）
３週間以内のステント等の留置	（ － ・ ＋ ）	長時間の静止（約３０分）が困難	（ － ・ ＋ ）
目に金属の粉が入る職業	（ － ・ ＋ ）	妊娠またはその可能性	（ － ・ ＋ ）
刺青	（ － ・ ＋ ）		

※１つでも＋にチェックがあると検査をお受けできません

○造影検査チェックリスト（造影検査を予定されている場合のみ記入してください）

気管支喘息	（ － ・ ＋ ）
ヘモクロマトーシスなどの鉄過敏症	（ － ・ ＋ ）
過去に造影剤を用いた検査での副作用	（ － ・ ＋ ）
血清クレアチニン値が1.5mg／dℓ以上	（ － ・ ＋ ）

※＋にチェックがあると検査をお受けできない場合があります

MRI検査依頼書（診療情報提供書）愛寿会同仁病院控

検査日時	年	月	日	曜日	午前	・	午後	時	分
患者さまお名前					様		歳	男	・ 女
連絡先	（	）		―					
医療機関名					診療科				
担当医				先生	TEL	（	）	―	

検査部位	右 ・ 左	撮影方法	撮影方向
□ 頭部	□ 肩関節	□ 単純	□ 横断（Axial）
□ 頸部	□ 股関節	□ MRA	□ 冠状断（Coronal）
□ 胸部	□ 膝関節	□ MRCP	□ 矢状断（Sagittal）
□ 上腹部	□ 肘関節	□ 造影	□ ルーチン
□ 骨盤部	□ 手関節		
□ 頸椎	□ 足関節		
□ 胸椎	その他		
□ 腰椎	（　　）		

臨床診断、検査目的、症状、詳細指示

○重要項目チェックリスト（必ず主治医が記入してください）

ペースメーカ・人工内耳	（ － ・ ＋ ）	磁性体の脳動脈クリップ	（ － ・ ＋ ）
３週間以内のステント等の留置	（ － ・ ＋ ）	長時間の静止（約３０分）が困難	（ － ・ ＋ ）
目に金属の粉が入る職業	（ － ・ ＋ ）	妊娠またはその可能性	（ － ・ ＋ ）
刺青	（ － ・ ＋ ）		

※１つでも＋にチェックがあると検査をお受けできません

○造影検査チェックリスト（造影検査を予定されている場合のみ記入してください）

気管支喘息	（ － ・ ＋ ）
ヘモクロマトーシスなどの鉄過敏症	（ － ・ ＋ ）
過去に造影剤を用いた検査での副作用	（ － ・ ＋ ）
血清クレアチニン値が1.5mg／dℓ以上	（ － ・ ＋ ）

※＋にチェックがあると検査をお受けできない場合があります