

# 診療情報提供書【MRI検査（単純）用】

兵庫県立はりま姫路総合医療センター  
 地域医療連携課  
 電話 079-263-8155（予約専用）  
 FAX 079-289-2055（予約専用）

医療機関名	医師名
診療科	
住所	
電話	FAX

患者	ふりがな			当院もしくは統合前2病院の受診歴		
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 (ID )		
	生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日( 歳)	身長 cm 体重 kg
	住所	〒				
	電話	自宅( ) 携帯( )				
	来院方法	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 救急車 <input type="checkbox"/> その他( )				
検査希望日	第1希望日	月	日 ( 曜日)	第2希望日	月 日 ( 曜日)	
撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 下腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 冠動脈※ <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 全脊椎 <input type="checkbox"/> 膝 ( <input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり <input type="radio"/> 両側 ) <input type="checkbox"/> 肩 ( <input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり <input type="radio"/> 両側 ) <input type="checkbox"/> 上肢 ( <input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり <input type="radio"/> 両側 ) <input type="checkbox"/> 下肢 ( <input type="radio"/> みぎ <input type="radio"/> ひだり <input type="radio"/> 両側 )					
必要書類	<input type="checkbox"/> 別紙「MRI・MRA検査問診票」 <input type="checkbox"/> 12誘導心電図※ ※冠動脈の場合					
①診断名						

②主訴 ③既往歴及び家族歴 ④検査所見 ⑤治療経過 ⑥現在の処方 ⑦その他

# MRI・MRA検査問診票

この用紙は診療情報提供書と一緒にFAXの上、検査当日にお持ちください。

氏名 \_\_\_\_\_ ID \_\_\_\_\_  
生年月日 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_

検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください。

1. ペースメーカー 除細動器 可動義眼 人工内耳を使用していますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
2. 以下の金属の埋め込みや磁石式の医療機器の使用はありますか？ 人工弁 手術クリップ シャントバルブ 人工骨頭 人工関節 ピン ボルト プレート 薬剤注入装置 血管造影検査のステント コイル フィルター 歯科用インプラント 尿道カテーテルのDIBキャップ など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
3. 以下の金属が入っているといわれたことがありますか？ 針治療による置き針 避妊リング 事故・ケガ・戦争による金属破片や金属粉が体や服に入った経験など	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
4. 現在、妊娠の可能性はありますか？ 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5. MRI検査を受けたことはありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
6. 手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
7. 取り外しのできる義歯、コンタクトレンズを使用していますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
8. 貼り薬（ニトロダームテープ ニコチンパッチ 湿布薬など）をつけていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
9. 義眼 義手 義足 補聴器 かつらを使用していますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
10. アートメイク 入れ墨 化粧のアイライン まゆずみ をしていますか？	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
11. 以下の病名を言われたことがありますか？ 病名：緑内障 不整脈 心不全 狭心症 心筋梗塞 前立腺肥大 糖尿病 腸閉塞	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
12. 仰向けで30分以上じっとできますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
13. 現在の身長、体重をお書きください _____ cm _____ kg	

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 問診票記入者名 \_\_\_\_\_ 確認医師 \_\_\_\_\_

不明な点がございましたら下記までご連絡ください。

兵庫県立はりま姫路総合医療センター TEL；079-289-5080（代表）