令和 5 年 11 月 1 日

医療機関各位

社会医療法人財団　池友会
福岡和白病院　放射線科

MRI 問診票の記入について（ご依頼）

拝啓　時下貴院におかれましては益々ご清栄のこととお喜び申し上げます。また平素より格別のご高配賜り厚く御礼申し上げます。

早速ですが、放射線科へ MRI 等の検査紹介時に下記の要領で問診票のご記入及び来院時のご持参をお願いしたくご案内申し上げます。お手数をお掛け致しますが、ご協力の程宜しくお願い申し上げます。

敬具

記

貴院にて診察

↓ MRI 各種検査の必要性説明

患者同意　**問診票記入**

問診者のサイン記入

放射線予約 TEL

↓ 予約確定

紹介状・**問診票持参**

当院来院、放射線科医による診察後撮影

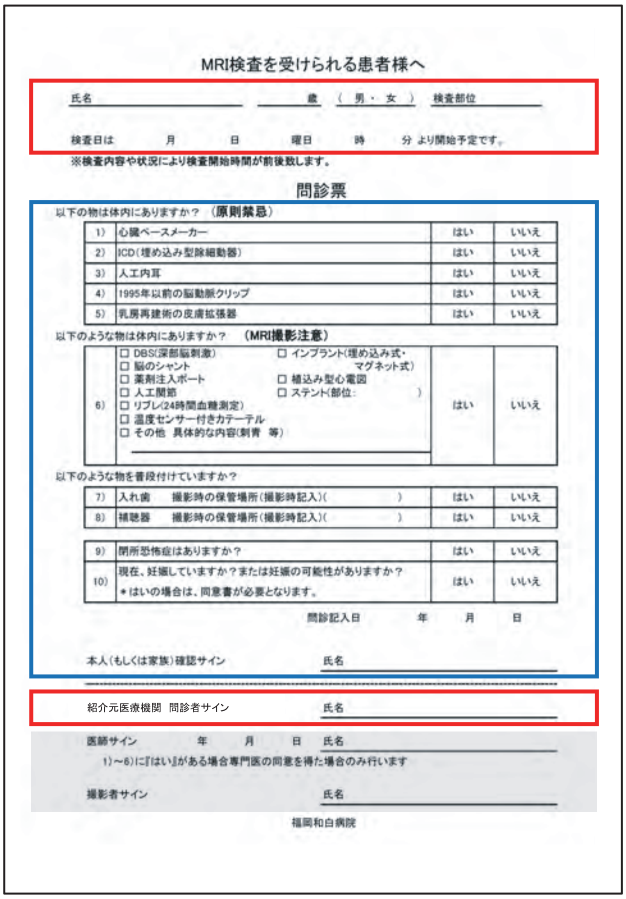
↓ 結果送付

貴院にて結果説明

※ （青枠）患者記入欄

※ （赤枠）紹介元医療機関記入欄

※ （灰色）福岡和白病院記入欄



MRI検査を受けられる患者様へ

氏名　　　歳（男・女）　検査部位

検査日は　月　日　曜日　時　分 より開始予定です。

※検査内容や状況により検査開始時間が前後致します。

問診票

以下の物は体内にありますか？（原則禁忌）

1)	心臓ペースメーカー	はい	いいえ
2)	ICD（埋め込み型除細動器）	はい	いいえ
3)	人工内耳	はい	いいえ
4)	1995年以前の脳動脈クリップ	はい	いいえ
5)	乳房再建術の皮膚拡張器	はい	いいえ

以下のような物は体内にありますか？（MRI撮影注意）

6)	□ DBS(深部脳刺激) □ 脳のシャント □ 薬剤注入ポート □ 人工関節 □ リブレ(24時間血糖測定) □ 温度センサー付きカテーテル □ その他　具体的な内容(刺青　等) □ インプラント(埋め込み式・マグネット式) □ 植込み型心電図 □ ステント(部位：　)	はい	いいえ

以下のような物を普段付けていますか？

7)	入れ歯　撮影時の保管場所（撮影時記入）(　)	はい	いいえ
8)	補聴器　撮影時の保管場所（撮影時記入）(　)	はい	いいえ

9)	閉所恐怖症はありますか？	はい	いいえ
10)	現在、妊娠していますか？または妊娠の可能性がありますか？ ＊はいの場合は、同意書が必要となります。	はい	いいえ

問診記入日　年　月　日

本人（もしくは家族）確認サイン　氏名

紹介元医療機関　問診者サイン　氏名

医師サイン　年　月　日　氏名

1)～6)に『はい』がある場合専門医の同意を得た場合のみ行います

撮影者サイン　氏名

福岡和白病院

以上

【お問い合わせ】福岡和白病院　放射線科
TEL092-608-0001
受付時間　9:00～17:00

入力をリセット

MRI検査を受けられる患者様へ

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　＿＿＿＿歳　（☐男・☐女）　検査部位＿＿＿＿＿＿

検査日は　　月　　日　　曜日　　時　　分 より開始予定です。

※検査内容や状況により検査開始時間が前後致します。

問診票

以下の物は体内にありますか？　**（原則禁忌）**

1）	心臓ペースメーカー	☐ はい	☐ いいえ
2）	ICD（埋め込み型除細動器）	☐ はい	☐ いいえ
3）	人工内耳	☐ はい	☐ いいえ
4）	1995年以前の脳動脈クリップ	☐ はい	☐ いいえ
5）	乳房再建術の皮膚拡張器	☐ はい	☐ いいえ

以下のような物は体内にありますか？　**（MRI撮影注意）**

6）	☐ DBS(深部脳刺激) ☐ 脳のシャント ☐ 薬剤注入ポート ☐ 人工関節 ☐ リブレ(24時間血糖測定) ☐ 温度センサー付きカテーテル ☐ その他　具体的な内容(刺青　等) ＿＿＿＿＿＿＿＿ ☐ インプラント(埋め込み式・マグネット式) ☐ 植込み型心電図 ☐ ステント(部位:　　　　)	☐ はい	☐ いいえ

以下のような物を普段付けていますか？

7）	入れ歯　　撮影時の保管場所（撮影時記入）(　　　　　)	☐ はい	☐ いいえ
8）	補聴器　　撮影時の保管場所（撮影時記入）(　　　　　)	☐ はい	☐ いいえ

9）	閉所恐怖症はありますか？	☐ はい	☐ いいえ
10）	現在、妊娠していますか？または妊娠の可能性がありますか？ ＊はいの場合は、同意書が必要となります。	☐ はい	☐ いいえ

問診記入日　　年　　月　　日

本人（もしくは家族）確認サイン　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

紹介元医療機関　問診者サイン　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師サイン　　年　　月　　日　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1）～6）に『はい』がある場合専門医の同意を得た場合のみ行います

撮影者サイン　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

福岡和白病院

入力をリセット　印刷する

予約日時			
月　日	来院時間	□午前 □午後	時　分
	撮影予定	□午前 □午後	時　分

【 食事制限 】 □検査(　　)時間前から**絶食**　□検査(　　)時間前から**絶飲食**
□食事の制限なし

【 蓄尿指示 】 □あり　□なし

MRI検査を受けられる患者様はお読み下さい。

MRI(エム アール アイ)とは？

磁気(磁場)を利用し、体内の水素原子からの情報を集め、身体のすべての部位において、いろんな断面を画像として見ることが出来る画期的な検査です。
また、放射線被曝や、副作用といったものはなく、検査中の痛みなども全くありません。
患者様は、ただ、安静に寝ていて頂くだけで結構です。

＊ 検査時間は撮影する身体の場所、方向によって異なりますので、御不明な方は検査前に係の者までお尋ねください。

＊ 検査中は “トントン” と、物を打つような音がしますが、撮影のためにでる音ですのでご安心下さい。

＊ 検査中はテレビカメラ・インターホンによって、常に患者様と連絡が出来るようになっておりますので、安心いただけます。

注意事項

(A) 次に該当する方は必ず、主治医に申し出て下さい。

1. **心臓ペースメーカーを使用している方は、できません**
2. **今までに手術 (特に頭部・頚部) を受けたことのある方**
3. **体内に金属 (クリップ等) を装着している方**
4. **次の場合は検査できない場合があります。**
   刺青・かつら・付け毛・金属が含まれる化粧品(アイシャドウ・ネイル等)・湿布等

持込禁止事項

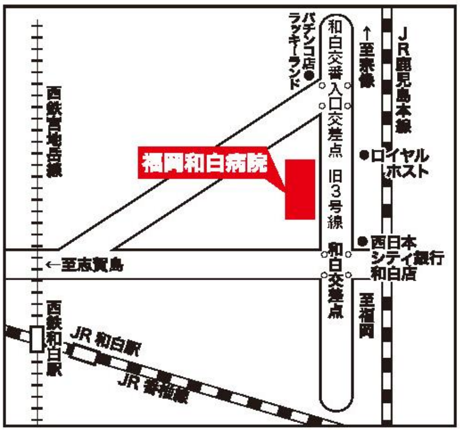
(B) 下記の物は、検査室内には、持ち込み禁止です。

1. **磁気カード (クレジットカード、交通系ICカード)、磁気バンド、カイロ等**
2. **ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ブレスレット等**
3. **時計、眼鏡、指輪、小銭、鍵、ライター等**
4. **ホック、チャックなどの金属片**

福岡和白病院案内図

福 岡 和 白 病 院
放射線科

内線 (1165・1159)

福岡市東区和白丘2丁目2-75
TEL(092)608-0001(代表)
(電話受付時間 9:00～17:00)

※ やむを得ず、ご予約をキャンセルされる場合は紹介元医療機関へご連絡をお願い致します。