

# 放射線各種検査・治療のご案内

当院診療放射線科では、MRI・CT・RI検査、放射線治療において、先生からのご依頼を直接お受けしています。ご依頼の手順をご案内します。



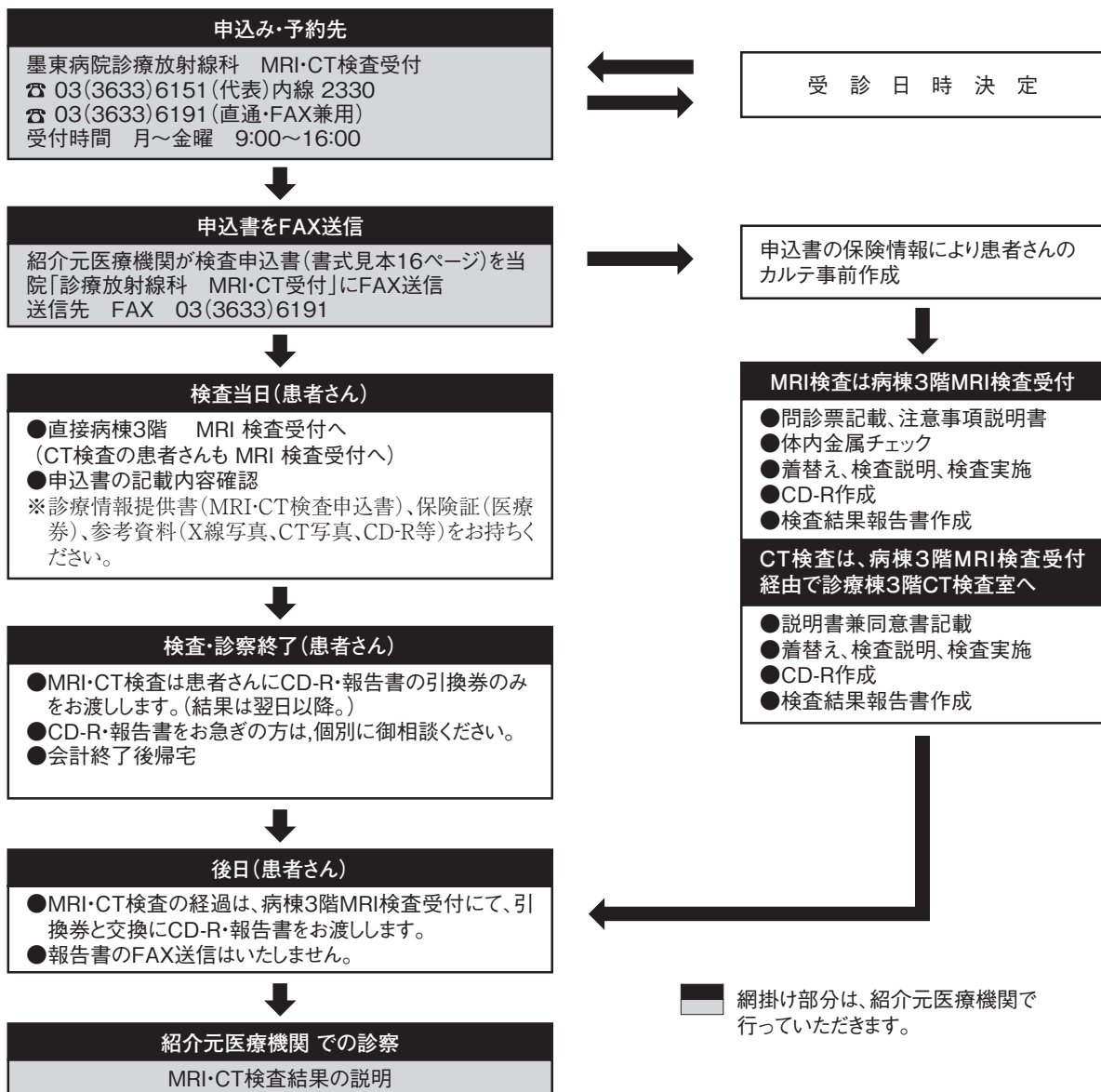
MRI検査受付（病棟3階）



核医学(RI)検査・放射線治療受付(病棟地下2階)

※先生からご依頼をお受けしたCT検査患者さんの受付もここで行っています。

## MRI・CT 検査申込みの流れ



## MRI検査申込みにおけるご注意

MRI検査では、体内金属や磁力の影響により、事故や障害が発生することがあります。検査を安全に実施し、かつ有効に利用していただくためにも次の点にご留意願います。ご不明な点があれば、ご連絡・相談ください。

### 1 検査不可となる項目

●以下の場合、原則として検査をお断りしています。

- ① 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動機(MRI対応含む):動作不良や火傷による心肺停止の可能性があります。
- ② 人工内耳: 損傷する可能性があります。
- ③ 入れ墨: 火傷や変色が生じることがあります。
- ④ その他 MRI 対応が不明な金属・デバイスのある方

### 2 申込医の保障と患者さんのご了承があれば検査を実施する項目

- ① 脳動脈クリップ
- ② 冠状動脈などのステント等
- ③ 消化管吻合クリップ (現行で MRI 不可のものが存在します)
- ④ 人工弁
- ⑤ 人工歯根、人工関節、人工頭蓋等の体内に埋めこまれた金属
- ⑥ 磁気入れ歯: MRI 対応が事前に確認をお願いします。検査後ぐらつく場合があります。
- ⑦ てんかん
- ⑧ 不穏、体動の激しい場合
- ⑨ 閉所恐怖症
- ⑩ 妊娠中

※ 体内金属又は装着金属は、以上の様な事故が起きる場合と事故が起きなくても画像にアーチファクトを生じ、診断不能となる場合があります。

# 墨東病院 MRI・CT検査申込書

FAX : 03(3633) 6191

希望する検査	○で囲んでください。 MRI検査 { 単純造影 } ・ CT検査 { 単純造影 }			※事前にカルテを作成するため下記の健康保険情報をご記入ください。保険証の写しをFAXで送付していただいても結構です		
(フリガナ) 患者名	( )		男・女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日		
住所			電話		体重	kg
保険種別		保険者番号		資格取得年月日	S・H・R	年 月 日
記号		番号		被保険者(世帯主)		
公費		負担者番号		受給者番号		

<<必ず以下の項目にチェックをお願いします>>

MRI検査チェック		造影検査チェック (CT・MRI共通)	
心臓ペースメーカー・人工内耳	有・無	喘息	有・無
脳動脈ステント・冠動脈ステント	有・無	造影剤・薬剤アレルギー	有・無
その他の血管クリップ・体内金属	有・無	授乳中の方	有・無
入れ墨・義眼	有・無	感染症の有無 ※「有」は詳細記入 ( )	有・無
閉所恐怖症	有・無		
妊娠3カ月以内	有・無	クレアチニン値	mg/gl

※MRIについては、「MRI検査申込みにおけるご注意」もご参照ください。

<b>MRI検査・CT検査の日時</b> ※下記受付に電話にて申し込んだ時点で予約日時が決定します。 MRI・CT検査受付 03-3633-6191 (電話・FAX兼用) 又は 03-3633-6151 (代表) 内線 2330・2331・2304 予約日時 月 日 ( ) 午前・午後 時 分			
※検査部位：部位を○で囲んでください。1部位につき、1申込書をお書きください。			
・頭部_____	・頸椎_____	・胸部_____	・四肢 骨・関節・筋肉
・顔面_____	・胸椎_____	・腹部_____	(部位 )
・頸部_____	・腰椎_____	・骨盤_____	・その他_____
病 名 : _____ 検査目的 : _____ 主 訴 : 病歴の要約、主要検査所見等 (図示も可)			
紹介元医療機関名		住所	
医師名		電話	FAX