

ご来院前のご案内および注意事項

(本人様お控え)

検査予約日時は 年 月 日 [曜日] 時 分 です。

- 当日は30分前までにお越しください。
- 保険証と依頼書（京都久野病院宛）を必ずご持参し受付に提出してください。

紹介先医療機関名	
診療科	主治医

患者様氏名	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
日中連絡先(TEL)	() -

検査の注意事項 ※安全に検査をお受けいただくために、下記の注意点にご協力ください。

●ご来院について

- 検査は予約制になっていますので検査の取り消しや、変更などの場合は早めに(075)541-3136までご連絡ください。

●当日の諸注意

- 補聴器、腕時計、磁気カード(キャッシュカード、定期券)、携帯電話などは破損しますので持ち込まないでください。
- ヘアピン、イヤリング、ネックレスなどの金属類や、磁気バンド、エレキバン、湿布、カイロ、入れ歯などは全て外してください。
- ヒートテック素材の衣服は火傷の可能性がありますので、検査前に更衣をしていただきます。
- スカート、ズボン、下着などにチャックやホックがあるものは脱衣し検査前に更衣していただきます。
- コンタクトレンズ(特にカラーコンタクト)は検査前にお外しいたしますので、ケースをご持参ください。
- マスカラやアイラインは画質に影響を及ぼす可能性がありますのでご使用をお控えください。
- 腹部、骨盤腔、造影検査のある方は、検査の4時間前から絶飲食してください。カロリーのないお茶や水は飲んでいただいて結構です。
- 泌尿器(膀胱、前立腺、子宮、卵巣)の検査の方は、検査1時間前より排尿はお避けください。
- 処方されているお薬の服用に関しては主治医に確認してください。
- 検査は、30分から40分かかることがあります。この間は動かないようにお願いします。
- 検査中トントン・ゴンゴンと音がしますが、MRIの作動音ですので心配せずに検査を受けてください。
- 検査の都合により検査開始時間が若干遅れる場合がありますのでご了承ください。
- お車などのご利用は混雑が予想されるため、なるべく公共交通機関をご利用ください。

●造影剤使用について

- 検査内容により造影剤という血管や臓器を明瞭にするための薬を注射しますが、まれにかゆみ、じんましんなどの副作用が出る場合があります。また、ごくまれに血圧低下など強い症状がでることもあります。その場合には副作用に応じて必要と判断した処置を実施いたします。当日に詳細な問診を行います。ご質問のある方は技師にお問い合わせください。
- また、感染症(肝炎・HIV・梅毒など)がある方や現在、授乳中の方は技師にお伝えください。

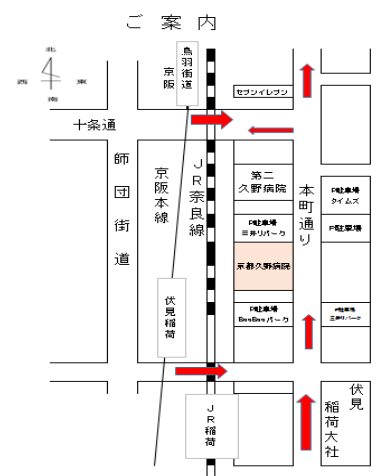
●閉所恐怖症について

- MRI撮影時は、狭い筒状の中に入りますので、不安のある方は主治医にご相談ください。

<交通機関> JR 奈良線 稲荷駅下車 北へ 500m
京阪 伏見稲荷駅下車 東北へ 500m
京阪 鳥羽街道駅下車 東南へ 300m

医療法人社団 育生会 京都久野病院

〒605-0981 京都市東山区本町22丁目500番地
TEL(075)541-3136 放射線課 内線(1116)
FAX(075)561-8401



診療情報提供書 MRI検査依頼書 (京都久野病院宛)

受信者情報 「京都久野病院ID」 以外の項目は全てご記入ください 申込日 年 月 日

フリガナ 氏名 様 男・女 M・T・S・H 年 月 日生 才	紹介元医療機関名 診療科 主治医 電話 () -
患者様住所 電話番号	(〒 -) (日中連絡のつくところ)
検査日時	年 月 日 午前 午後 時 分 京都久野病院 ID

<u>主訴又は病名</u>	<u>症状及び検査目的</u>
<u>手術歴</u>	

検査部位・指示 <input type="checkbox"/> 頭部MRIのみ <input type="checkbox"/> 頭部MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頭部・内耳MRI+MRA <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 上腹部MRI+MRCP <small>(MRCPは単純で検査可能です)</small> <input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 膝関節(みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 肩関節(みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 股関節(みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 手関節(みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> 足関節(みぎ・ひだり) <input type="checkbox"/> その他 ()
【 撮影方法についてのご指示はこちらにご記入下さい 】	
<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影	

MRI検査の注意事項・チェックリスト (有りの場合で安全性が確認できないときは検査を受けられないこともあります)

心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
埋込型除細動器	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	体内クリップ(止血クリップ含)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
人工内耳(移植蝸牛刺激装置)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	ステント留置後3ヶ月以内	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
脳脊髄刺激電極	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	磁石埋込式義歯	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
磁石式人工肛門	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	上記以外の体内金属	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
金属製の義眼・眼球内金属異物	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
心臓人工弁	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	入れ墨	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
可変式シャントバルブ(脳、脊椎)	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	妊娠	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有

造影検査の場合は下記のチェックリストについても確認して下さい(有りの場合は原則禁忌)

気管支喘息	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	腎機能異常、腎不全	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有
MRI造影剤過敏症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	クレアチニン値測定	mg / (必ずご記入ください)	

注) 腹部領域撮影は4時間前から絶飲食。 骨盤腔領域は1時間前から排尿禁止 でお願ひします。

注) 当院でのチェックや患者様の状態により検査が実施または続行できない場合がありますので御了承ください。