

# ご記入いただく書類について

# 予約取得後に貴院にて行っていただきたいこと

## 1. 診療情報提供書の作成

- ① 依頼日、取得した予約日時、患者情報、検査項目、臨床症状等をご記入いただき、FAXを当院へお送りください。
- ② FAXを送信した後の診療情報提供書は、貴院の控えとして保管してください。

## 2. 患者様へお渡しいただく書類の作成

- ① 『栗橋病院で画像検査を受けられる方へ』
  - ※ 検査予約日と検査名と食事制限の有無をご記入ください。
- ② 『MRI検査 問診表 兼 同意書』
  - ※ お渡しはMRI検査の患者様のみ。
  - ※ 左上に貴院名をご記入ください。

# 診療情報提供書の記入方法

**診療情報提供書 (画像検査依頼専用)**

彩優会 栗橋病院 宛

検査依頼日	年 月 日 ( )	医療機関名	
予約日時	年 月 日 ( ) □ 午前 □ 午後 時 分	TEL	
フリガナ	□ 男 □ 女 生年月日	FAX	
患者氏名	年 月 日 歳	医師名	◎
住所	TEL		
身長	cm	kg	保険情報 □ 国保 □ 社保 □ 労災 □ 自賠 保険会社 ( )

ご希望の検査に☑ 1検査1部位のご依頼をお願いいたします。 MRIとCTは単独撮影のみとなります。

MRI検査	<input type="checkbox"/> 脳+MRA	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤部	追加撮像	<input type="checkbox"/> Ax (水平断)
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 肝胆脾系 (MRCP)	<input type="checkbox"/> 腎臓		<input type="checkbox"/> Sg (矢状断)
CT検査	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	追加画像処理	<input type="checkbox"/> Co (冠状断)
	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎		<input type="checkbox"/> 3D
	<input type="checkbox"/> 胸椎移行部	<input type="checkbox"/> 腰椎移行部	<input type="checkbox"/> 全脊椎圧迫骨折検索		<input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 側頭骨 (聴器)		<input type="checkbox"/> Sg (矢状断)
	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 胸部~骨盤部		<input type="checkbox"/> Co (冠状断)
	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部~骨盤部	<input type="checkbox"/> 骨盤部		<input type="checkbox"/> 3D
測定検査	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> その他	
測定検査	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> その他	

臨床症状、検査目的  
(症状や疑われる疾患、検査に際して検査に対して留意すべき事があれば、ご記入下さい)  
手術歴 □ 有 ( )  
□ 無 ( )

注意) ・妊娠中の方、妊娠の可能性のある方の検査はできません。  
・1週間以内に骨・骨のX線検査を受けた方は検査ができません。

医療法人社団 彩優会 栗橋病院  
放射線科直通 TEL 0480-53-8433 電話受付時間 月~土曜日 9:00~17:00  
FAX 0480-53-8551  
代表 TEL 0480-53-8686

・予約日、患者の情報、貴院の情報をご記入ください

・保険の種類にチェックをお願いします。自賠の方は、患者さんから保険会社へ検査のために栗橋病院に行くご連絡を入れてもらってください。

・希望の検査にチェックをつけてください。

・1部位1検査です。2部位以上ご希望の場合は、それぞれに予約をお願いします。

検査施行と読影を行う際に必要です。特に読影精度を高める目的もあるので、ご記入をお願いします。

・ご記入が終わりましたら、栗橋病院にFAXをお願いします。

・FAXを送信した後の診療情報提供書は、貴院の控えとして保管してください。

# 患者様へお渡しする検査案内の記入方法

患者様用

栗橋病院で画像検査を受けられる方へ

**検査予定日**  
\_\_\_\_月 \_\_\_\_日( ) 午前・午後 \_\_\_\_時 \_\_\_\_分

**検査名** : \_\_\_\_\_

○検査予約時間の45分前までに栗橋病院へお越し下さい。  
○『受付』に保険証、当院の診察券(持っている方)を提出して下さい。  
また、栗橋病院に初めて受診される方は『初診申込書』をお書きください。  
○受付後、『700放射線科受付』のチャイムを鳴らしてください。  
○検査の時間は、部位や検査内容によって異なりますが、おおよそ10分~30分程度です。  
○予約日に来院できない場合は、事前に栗橋病院へご連絡ください。

●検査当日の食事制限(有・無)  
・腹部を検査される方は、検査前は絶食していただきます。  
・水分は、少量の水やお茶は飲んで頂いて構いません。  
・腹部以外の検査の方は、食事制限はありません。

◆MRI検査を受けられる方への注意事項

- 1) 服用中のお薬は、医師から指示がない限り通常どおり服用してください。
- 2) 別紙(MRI検査問診票兼同意書)を検査当日に提出していただきます。
- 3) 次のような方は検査ができません。必ず事前にお知らせください。
  - ・心臓ペースメーカー、人工内耳、避妊リング等の医療機器を体内に入れている方。  
※MRI対応のペースメーカーであっても、当院では検査ができません。
  - ・手術で金属が体内にある方(古い人工関節、脳動脈クリップなど。)
  - ・極度な閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方。(トンネル状の中に入ります。)
  - ・妊娠中、もしくは妊娠している可能性がある方。
- 4) 金属は検査の妨げになりますので、次のものは取り外してください。
  - ・金属類(時計、指輪、ネックレス、イヤリング、ヘアピンなど)
  - ・めがね、補聴器、入れ歯など
  - ・金属のついている下着(ブラジャー、スリッパなど)
  - ・化粧品(マスカラ、アイシャドウなど)の中には金属粉を含んでいるものがあるため、お化粧を落とすしていただく必要があります。当日は可能な限り、お化粧をすることはご遠慮ください。

ご不明な点がございましたらかかりつけ医療機関もしくは栗橋病院放射線科にお尋ね下さい。  
彩優会 栗橋病院 0480-53-8686

検査予約日時、検査名をご記入ください。

・腹部検査の場合は『有』に、その他は『無』に○をつけてください。  
・絶食が必要な患者様は、検査時間より4時間以上前から絶食の説明をお願いします。

# 『MRI検査 問診票 兼 同意書』の記入方法

紹介元医療機関名： \_\_\_\_\_ 画像検査紹介用

## MRI検査 問診票 兼 同意書

問診票記入日 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

安全に検査を行うにあたり、以下の質問にお答えいただき、検査に同意する場合はご署名をお願いいたします。

1. 体内に金属類、機械、人工的なものがありますか。  はい ・  いいえ

※『はい』と答えた方で当てはまるものにチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 埋め込み型の除細動器	<input type="checkbox"/> 人工心臓弁
<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 脳室シャント	<input type="checkbox"/> 人工内耳
<input type="checkbox"/> 神経刺激装置	<input type="checkbox"/> ステント	<input type="checkbox"/> 人工骨頭、関節
<input type="checkbox"/> 薬物注入ポート	<input type="checkbox"/> 止血クリップ	<input type="checkbox"/> その他

2. 金属類、機械、人工的なものを身につけていますか。  はい ・  いいえ

※『はい』と答えた方で当てはまるものにチェックをしてください。

<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 義眼	<input type="checkbox"/> 義手	<input type="checkbox"/> 義足	<input type="checkbox"/> 歯列矯正器具
<input type="checkbox"/> 磁石を利用した義歯（入れ歯）				
<input type="checkbox"/> 尿道バルーンのDIBキャップ（磁石のキャップ）				
<input type="checkbox"/> インスリンポンプ、持続型血糖測定器（リブレ等）				
<input type="checkbox"/> 骨盤内の避妊リング（金属ワイヤー使用の場合）				
<input type="checkbox"/> 膵膵用の埋没治療針				
<input type="checkbox"/> その他の金属類、機械、人工的なもの（ _____ ）				

3. ケガなどで、体内に金属片などの異物がありますか。  はい ・  いいえ

4. 張り薬を貼っていますか。（湿布、カイロ等）  はい ・  いいえ

5. カラーコンタクトレンズを使用していますか。  はい ・  いいえ

6. アートメイク、タトゥー、入れ墨をしていますか。  はい ・  いいえ

7. アイライン、マスカラ等のお化粧はしていませんか。  はい ・  いいえ

8. 狭いところが苦手と感じたことがありますか。  はい ・  いいえ

9. 女性の方へ、妊娠あるいは妊娠の可能性はありますか。  はい ・  いいえ

栗橋病院院長 様

私は、MRI検査における必要性とその危険性についての説明を受け理解いたしましたので、検査を行うことに同意し、署名いたします。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

氏名（白署） \_\_\_\_\_

保護者もしくは代理人氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

（注）保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できないときなどにご記入ください。

ご協力ありがとうございました。この用紙は必ず検査当日に持参してください。

医療法人社団 彩優会 栗橋病院  
〒349-1105 埼玉県久喜市小右衛門 714-6  
TEL 0480-53-8686

貴院名をご記入ください。

・MRI検査の患者様にお渡しく下さい。

・患者様に問診票の記入と署名をしていただき検査当日に栗橋病院に持参していただくようご説明をお願いします。