

MRI依頼/紹介状 (FAX 送付先:0282-25-5699)

紹介元医療機関様/ご担当先生

_____様 → ごとう脳神経外科・救急科クリニック 宛

フリガナ

- 患者様 氏名: _____様(____)歳 (男・女)
- 貴院様 ID:
- 診断名、症状、検査目的など記載ください

- 検査希望タイミング: 本日中 ・ 1週間以内 ・ その他(____)

- 検査部位 (○でお困みください。または特記事項をご記入ください)
 - ・頭部 : 脳 ・ 下垂体 ・ 副鼻腔 ・ 眼窩 ・ その他(____)
 - ・頸部 : 頸動脈 ・ 唾液腺 ・ 舌口腔 ・ 甲状腺 ・ その他(____)
 - ・脊髄 : 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙椎 ・ 全脊椎
 - ・男性-骨盤: 前立腺 ・ 膀胱 ・ その他(____)
 - ・女性-骨盤: 子宮卵巣 ・ その他(____)
 - ・腹部 : MRCP ・ その他(____)
 - ・四肢関節 : (右 ・ 左)
(肩 ・ 肘 ・ 手関節)(股関節 ・ 膝 ・ 足関節)
- ・その他特別な撮影指示:

<造影希望> あり → 3か月以内の採血結果を添付ください(eGFR < 30 禁忌)

<当院対応不可> 乳房MRI、小児鎮静、心臓/肺/肝臓MRI、MR尿路撮影、下肢MRA、DWIBS、手指MRI

- 読影レポート: 不要 ・ メール PDF 添付 ・ FAX ・ 郵送
- 検査画像データ: CD-ROM (患者様 持ち帰り) ・ 不要 ・ CD-ROM (郵送 医療機関様宛)
・ クラウドPACSでの参照/DL(別途ご登録必要)
- 貴院様の再来予定日 月 日 (AM ・ PM ・ 頃 ・ 未定)

----- MRI 絶対禁忌(当院) -----

- ・心臓ペースメーカー ・ リードレスペースメーカー ・ 植え込み型除細動器
- ・脳深部刺激装置(DBS) ・ 迷走神経刺激装置(VNS) ・ 脊髄神経刺激装置(SCS)
- ・人工内耳 ・ 1970年以前の心臓人工弁 ・ 1970年以前の脳動脈瘤クリップ
- ・磁力で装着する特殊な義眼、義歯

-----以下 スタッフ用メモ欄-----

- ごとうクリニック受診歴: なし or IDあり(____)
- 生年月日: 大・昭・平・令 _____年 _____月 _____日 (西暦 _____年)
- 身長cm: _____ 体重kg: _____ ご本人連絡先 Tel: _____
- MRI検査 申込日: 月 日 担当者:
- MRI検査 予約日時: 月 日 ()曜日 午前・午後 時 分

MRI依頼のご案内(通常紹介・画診共同利用)

(紹介元 医療機関様 → ごとう脳神経外科・救急科クリニック)

◆MRI 予約の流れ

① ご紹介元の先生：依頼/紹介状をご記入ください。

貴院紹介状、もしくは当院フォーマットの「依頼/紹介状(1枚目)」にて撮影部位等のご指示をいただきます。ご記入が終わりましたら、②とあわせてFAX送付をお願いします。

② 貴院スタッフ様：医療機関様専用 **Google** カレンダーから仮予約をお願いします。

QRコードから、カレンダーの空き状況を確認いただき、患者様の希望される検査枠を仮予約してください。検査自体は15～30分程度、受付や更衣など含めまして、計 1～2 時間程度の余裕をもってスケジュールをお願いします。当日検査希望などお急ぎの場合、もしくは操作方法が不明な場合は、カレンダー予約をスキップしてお電話いただいても結構です。

③ 貴院スタッフ様：当院〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇までお電話ください。

ご面倒ですが、かならずお電話にて予約の確定を行ってください。お電話にて最終的な予約日時をお伝えしますので、「予約票(3枚目)」のご準備をお願いします。つながりにくい場合は医療機関様専用ダイヤル 050-1724-2820 もご利用いただけます。

『〇〇医院から、MRI検査の依頼です』とお伝えください。冒頭に以下3点をお伝えいただくとスムーズです。予約日時をメモいただき、④にお進みください。①依頼/紹介状FAX送付がまだの際は、のちほどFAX送付をお願いします。

- ・当日検査希望かどうか
- ・Googleカレンダーの操作状況
- ・紹介状FAXの送付状況

④ 貴院スタッフ様 → 患者様：予約票 & 赤色ファイルをお渡しください。

確定した予約日時を手書きの上、予約票(3枚目)を赤色ファイルごと患者様にお渡しください。以上でMRIのご予約は完了です。

⑤ 患者様：ごとうクリニック来院 ～ 金属問診 ～ MRI ～ 会計 ～ 検査結果・再来

予約票(3枚目)の案内文をよくお読みいただき、当院到着されましたら「ごとう脳神経外科・救急科クリニック」受付に赤色ファイルをお渡しいただくよう案内をお願いいたします。当院にて最終的なMRI問診を行い、MRI検査を行います。CD-ROM渡しの場合、検査後ROMを作成しますので少々お待ちいただきます。当日会計が済みましたらお帰りいただけます(※)。貴院様より再診日等の案内をお願いします。(※ 画診共同利用の場合は、お会計は後日、紹介元医療機関様にて行っていただきます)

MRI 検査 予約票

【ご予約にあたって確認させていただきます】

- ・今までの人生でMRI検査を受けるのは初めてですか？ 「はじめて」です・ いいえ
- 【MRIが「はじめて」の方へ、お聞きします】
- ・15分程度、仰向けで安静にしていられないような体調ですか？（腰痛など） はい・いいえ
- ・つよい閉所恐怖症の可能性はありますか？ はい・いいえ
- ・大きな音がする検査です、大きな音が苦手ですか？ はい・いいえ
- ・妊娠している可能性はありますか？ はい・いいえ
- ・手術等による体内金属がありますか？ はい・いいえ

→以上の項目いずれかに当てはまる場合、当日MRI検査が実施できない場合がございますのでご了承ください。不安な点があれば、紹介元医療機関様もしくは当日当院スタッフまでお気軽にご相談ください。

_____月_____日(曜)_____時_____分

から検査を行います。検査**30分前** → _____時_____分を目安に、直接「ごとう脳神経外科・救急科クリニック」におこしください。到着されましたら受付にこの予約票をファイルごと提出してください。

【検査当日にお持ちいただく書類など】

- ① 健康保険資格確認証、マイナ保険証、（お持ちの方は公費受給者証など）
- ② ごとう脳神経外科・救急科クリニックの診察券（当院受診歴のある方）
- ③ MRI 検査 予約票（この用紙）
- ④ MRI 検査 チェックリスト/同意書（ファイルに同封）
（事前に記入いただける方はお願いします。記入が難しい場合も、同意書2枚つづり2枚目のく持ち物・服装・メイクの注意事項>は必ず確認ください。）

【当日のご注意】

- ・検査当日は食事や常用薬に特に制限はありません。
 （※ただしMRCPを予定している場合のみ当日朝から絶飲食でお願い致します）
- ・当日は、安全確保の為、原則検査着へのお着替えをして頂きますことをご了承ください。
- ・予約時刻に遅れた場合、状況により検査が受けられない場合があります。調整可能な場合もありますので、遅れる場合には、必ず当院受付までご連絡ください。
- ・無断キャンセルはご遠慮ください。
- ・当院ではご予約の変更はできません。（紹介元医療機関様の再診日を変更できないため）必ず紹介元医療機関様を通じて、再度スケジュールの調整を行ってください。
- ・白髪染めスプレーや増毛スプレー、アイシャドー、カラーコンタクトなどのお化粧品にも金属成分が含まれております。詳しくは④MRI同意書をご覧ください。
- ・計1-2時間のお時間に余裕をもってお越しください。検査終了後は、食事をはじめ、普段どおりの生活をしていただいで結構です。
- ・当院でのお会計が発生します。（画診共同の場合を除く）
- ・キャッシュレスでお支払い可能です。
- ・駐車場ご利用いただけます
- ・その他ご不明点あれば当院までご連絡ください。

