

MR I 検査申込書兼同意書 (事前にお電話でのご予約をお願いします)

熊本セントラル病院放射線科予約受付 (放射線科直通) TEL : 096-285-5473 FAX : 096-285-5491

患者情報		紹介元医療機関	
ふりがな 患者氏名 (男・女) 生年月日 年 月 日生 () 歳		病院名 依頼医	
患者住所	電話番号 ()		
検査日時	年 月 日 () 時 分 予約時間の30分前 (造影がある方は45分前) までの来院をお願い致します。		
検査部位		造影	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
造影の場合、 3ヶ月以内のもの を記入ください	クレアチニン () eGFR () ※採血日 月 日	持続血糖測定器 (リブレ等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※検査当日は はずして来院ください

※MRCPの方は 検査前4時間絶飲食 です。

※当日ご持参いただくもの：診療情報提供書、マイナンバーカード又は資格証明書、
診察券 (お持ちの方)、造影の方は3ヶ月以内の採血結果

- MR I 検査を受けたことがありますか..... あり なし
- 体内に人工物や金属 (ペースメーカー・人工内耳・電極・クリップ・人工関節・ステント・フィルター・避妊リグ
・金属片) 磁石式インプラント、磁石式人工肛門などがありますか (.....) なし あり
- 刺青・アートメイクはありますか。(火傷・変色の可能性があります)..... なし あり
- 閉所恐怖症はありますか..... なし あり
- (女性の方) 現在、妊娠の可能性はありますか..... なし あり

以下は造影検査を受ける方のみお答えください

- 今まで造影剤を使って副作用が出たことがありますか..... 初めて使用 なし あり
- ぜん息はありますか..... なし あり
- アレルギーはありますか (.....) なし あり
- 腎臓の病気はありますか..... 透析中 なし あり

主治医より検査の必要性について説明を受け、内容を理解しました。検査の目的と注意事項、造影剤の副作用について十分理解したうえで検査を受けること、また検査中予期せぬ事態が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を受けることに同意します。 年 月 日

患者様 (本人) 氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (続柄: _____)

本人が未成年、または署名困難な場合は代筆者が自筆署名してください。

なお一度同意されてもいつでも撤回することができます。

技師	医師

熊本セントラル病院確認欄