熊本託麻台リハビリテーション病院　MRI 検査依頼書・説明同意書

検査のご依頼は、太枠の中をご記入いただき説明を行った医師の署名と患者様の署名をお願いします。
ご記入後は当院外来までご一報いただき、下記 FAX 番号まで送信ください。

【患者情報】

ふ り が な		ＴＥＬ	－　　－
氏　　名			

【確認事項】

【質問事項】	回答欄	
➢ MRI 検査を受けたことがありますか	いいえ	はい
➢ 禁忌体内金属の有無　　※一つでも該当する場合は撮影ができません。		
・心臓ペースメーカー・人工内耳・人工心臓弁（機械式）・シャントバルブ	ある	ない
➢ その他の体内金属		
・整形外科的金属・脳動脈クリップ・金属コイル・クリップ・フィルター ・金属片などの体内異物・磁石を使用した歯牙インプラントなど	ある・不明	ない
➢ その他の体内金属がある場合		
・部位：（　　）　・種類：（　　） ・時期：（　　年　　月頃）　　・安全性の確認はできましたか。	できなかった	できた
➢ 刺青・アートメイクの有無　　※やけどや変色の可能性があります	ある	ない
➢ 貼り薬、置き針の有無　　※取り外せない場合、検査できません。	ある	ない
➢ 閉所恐怖症について	ある	ない
➢ 妊娠について（女性のみ）		
・妊娠している可能性がある、または現在妊娠している	ある・不明	ない

医療機関名		説明医師（署名）	

同意書

私は、現在の病状及び MRI 検査の必要性とその内容、これに伴う危険性について説明を受け、理解しましたので、その実施に同意します。
なお実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合には、適宜処置されることについても同意します。

□ 同意する　□ 同意しない　西暦　　年　　月　　日

熊本託麻台リハビリテーション病院
小原健志　病院長殿

患　者　氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（署名）　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ **（続柄　　）**

TEL：096-381-5111　　FAX：096-381-3110

お電話の問い合わせは、自動音声に従って外来までお尋ねください。

CT・MRI 検査予約票（外部依頼用）

様

検査日時：西暦　　年　月　日（　）

来院時間：□午前・□午後　　：

検査時間：□午前・□午後　　：

当日は、検査前の問診があります。下記のものをご持参ください。
尚、予約時間に遅れますと、検査が遅れ、当日できなくなることもあります。
都合で遅れる場合、来院できない場合は必ず連絡をお願いします。

□CT 検査依頼書・説明同意書　□MRI 検査依頼書・説明同意書

□CT・MRI 検査予約票（外部依頼用）※本様式

□診療情報提供書（CT・MRI 画像依頼用）

熊本託麻台リハビリテーション病院
ＴＥＬ（０９６）３８１－５１１１
ＦＡＸ（０９６）３８１－３１１０

Ver.7

熊本託麻台リハビリテーション病院

FAX:096-381-3110　TEL:096－381－5111

CT・MRI画像依頼（診療情報提供書）　　依頼日：　　年　　月　　日

貴医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

診療科＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　貴医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（内線　　）

FAX＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　ご担当者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

※□の所にチェックをお願いします

●基本情報

患者イニシャル＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿.　　性別　男

生年月日□大正 □昭和 □平成 □令和　　年　　月　　日　年齢　　歳

●希望内容

□CT □MRI　（原則、造影は致しません）　希望日：　　年　　月　　日

・部位：

・疾患名：

・病状(症状)・経過・既往歴など：

●読影結果について

※読影結果（遠隔含む）は全て郵送いたしますが、数日かかりますのでご了承ください。

●画像CDについては、患者様に手渡しいたします。

〈このたびは当院にご紹介いただき感謝申し上げます。今後とも、よろしくお願い申し上げます。〉

※この用紙を当日ご持参ください