



画像診断検査MRI紹介状

<1枚目>
FAX送信後貴院保管

診断情報提供書

医療法人 岡山画像診断センター
画像診断 担当医

貴医療機関
診療科

所在地

電話番号

担当医(氏名)



検査予約日時: 年 月 日 / 時 分 ※検査当日は30分前までにご来院ください。

ふりがな			
患者氏名			
生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 年	性別	
	月 日 (歳)		
患者住所	〒 -		
電話番号	自宅: 携帯:		

病名	
検査部位	
造影剤使用	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 注) 下記の場合は造影剤を使用できません。 ・腎機能低下 ・気管支喘息 ・造影剤アレルギー ・1ヶ月以内の血清クレアチニン値が不明
紹介目的、既往歴及び家族歴、症状経過および検査結果、治療経過、現在の処方	

結果の画像	メディア: <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム 結果返送方法: <input type="checkbox"/> 患者様持ち帰り <input type="checkbox"/> 郵送
-------	--

検査前確認事項 注) 安全な検査のため、必ずご確認ください。また患者様の状態によっては、医療従事者の同伴をお願いいたします。			
心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(検査不可)	妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
埋込み型除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(検査不可)	患者の移動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
神経刺激装置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(検査不可)	以下は造影剤を使用する場合のみご記入ください。	
その他体内金属 (品名・材質) ※材質によっては検査不可	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	腎機能	血清クレアチニン値()mg/dl 測定日: 年 月 日
		MRI造影剤 副作用歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり



医療法人 岡山画像診断センター

FAX (086)234-5633

TEL (086)235-2511

備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること。
2. 必要がある場合は画像診断フィルム、検査の記録を添付すること。
3. 紹介先が保険医療機関以外である場合は、紹介先医療機関名の欄に紹介先保険薬局、市町村、保健所等を記入すること。
かつ、患者住所および電話番号を必ず記入すること。



ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年	性別
患者氏名			月	日 (歳)	

検査予約日時

年 月 日 / 時 分

※予約時間の**30**分前が受付時間です。

注意事項

MRIは強力な磁場と電磁波を使う検査です。

⊗ 検査不可の場合

- 心臓ペースメーカーや人工内耳などの電子機器がある。

⚠ 主治医に相談の場合

- 脳動脈瘤クリップ、ステント、静脈フィルターなど体内金属がある。
 閉所恐怖症。

当日の流れ

1. 受付 ○ 完全予約制

予約時間の**30**分前が受付時間です。
遅れた場合は日時の変更をお願いすることがあります。
※キャンセルされる場合には電話でご連絡ください。

2. 更衣 ○ 検査着に着替えます。

3. 問診 ○ 検査に必要な事項や病歴を確認します。

4. 検査 ○ 検査は約30分間です。

5. 終了 ○ 検査結果は主治医からお伝えします。
※画像診断センターでの結果説明はありません。

検査前の準備

🍴 お食事について

- 腹部・骨盤部の検査、造影剤を使う方は
検査時間の**4時間前**からは
何も食べないでください。
※水、お茶などの水分は差し支えありません。

👕 服装・メイクについて

当日の着用・使用**禁止**のもの

- × 保温性肌着
× 化粧類 ※ラメ、マスカラなど鉄分を含むものや
ジェルネイルは使用しないでください。

入室前に担当技師が**確認**するもの

- △ 磁気カード △ 貴金属 △ 義歯
△ 携帯電話 △ 補聴器 △ 刺青
△ 貼り薬 △ カラーコンタクト
※火傷・故障・画像へ影響することがあります

👜 ご持参いただくもの

- 受診案内書(この書類です)
 健康保険証、公費負担医療証など
 検査費用
※3割負担額(6,000円~15,000円程度)
※クレジットカードもご利用可

ご不明点・ご質問は、受付時間内に当センターまでお気軽にご連絡ください。

医療法人 岡山画像診断センター TEL (086) 235-2511 電話受付時間: 8:00~17:30(平日)