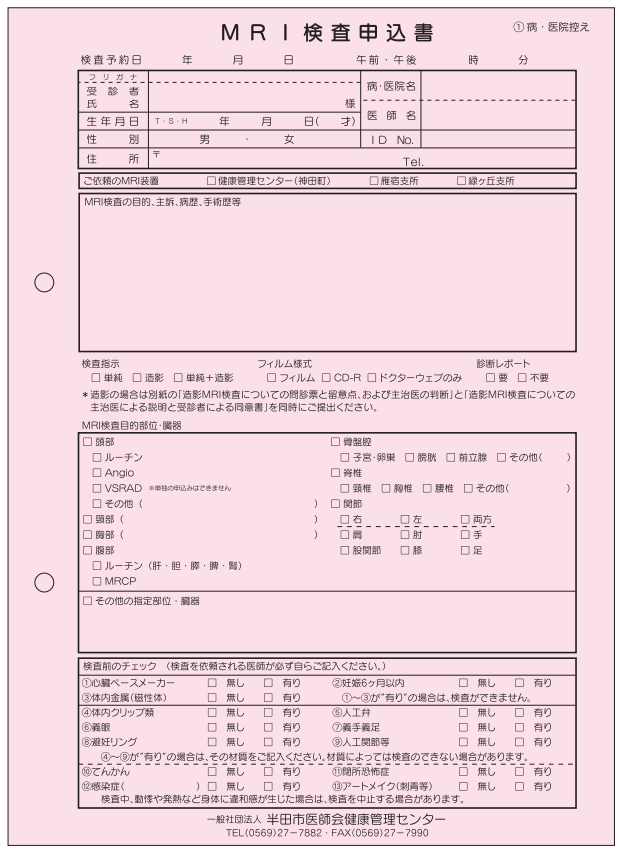
ＭＲＩ（単純撮影）

①検査実施日：月～土曜日

②検 査 会 場：健康管理センター（神田町）・雁宿支所・緑ヶ丘支所

③検査申込書：記入欄にご記入下さい（3枚複写）。



ＭＲＩ検査申込書　　① 病・医院控え

検査予約日　　年　月　日　午前・午後　時　分

フリガナ 受診者氏名	様	病・医院名 医師名	
生年月日	T・S・H　年　月　日（　才）		
性別	男　・　女	ID No.	
住所	〒　Tel.		

ご依頼のMRI装置　☐ 健康管理センター（神田町）　☐ 雁宿支所　☐ 緑ヶ丘支所

MRI検査の目的、主訴、病歴、手術歴等

検査指示　☐ 単純　☐ 造影　☐ 単純＋造影

フィルム様式　☐ フィルム　☐ CD-R　☐ ドクターウェブのみ

診断レポート　☐ 要　☐ 不要

＊造影の場合は別紙の「造影MRI検査についての問診票と留意点、および主治医の判断」と「造影MRI検査についての主治医による説明と受診者による同意書」を同時にご提出ください。

MRI検査目的部位・臓器

○
☐ 頭部
☐ ルーチン
☐ Angio
☐ VSRAD　※単独の申込みはできません
☐ その他（　）
☐ 頭部（　）
☐ 胸部（　）
☐ 腹部
☐ ルーチン（肝・胆・膵・脾・腎）
☐ MRCP

○
☐ 骨盤腔
☐ 子宮・卵巣　☐ 膀胱　☐ 前立腺　☐ その他（　）
☐ 脊椎
☐ 頸椎　☐ 胸椎　☐ 腰椎　☐ その他（　）
☐ 関節
☐ 右　☐ 左　☐ 両方
☐ 肩　☐ 肘　☐ 手
☐ 股関節　☐ 膝　☐ 足

☐ その他の指定部位・臓器

検査前のチェック　（検査を依頼される医師が必ず自らご記入ください。）

①心臓ペースメーカー	☐ 無し	☐ 有り	②妊娠6ヶ月以内	☐ 無し	☐ 有り
③体内金属（磁性体）	☐ 無し	☐ 有り	①～③が"有り"の場合は、検査ができません。		
④体内クリップ類	☐ 無し	☐ 有り	⑤人工弁	☐ 無し	☐ 有り
⑥義眼	☐ 無し	☐ 有り	⑦義手義足	☐ 無し	☐ 有り
⑧避妊リング	☐ 無し	☐ 有り	⑨人工関節等	☐ 無し	☐ 有り
④～⑨が"有り"の場合は、その材質をご記入ください。材質によっては検査のできない場合があります。					
⑩てんかん	☐ 無し	☐ 有り	⑪閉所恐怖症	☐ 無し	☐ 有り
⑫感染症（　）	☐ 無し	☐ 有り	⑬アートメイク（刺青等）	☐ 無し	☐ 有り
検査中、動悸や発熱など身体に違和感が生じた場合は、検査を中止する場合があります。					

一般社団法人 半田市医師会健康管理センター
TEL(0569)27－7882・FAX(0569)27－7990

④前　処　置：撮影部位が腹部の場合は、検査２時間前までに軽い食事をすませ、その後は絶飲食でお願いします。（実のあるジュースや牛乳は避けて下さい。）

⑤結果報告日：診断レポートが不要な場合は、２日後までにお届けします。診断レポートが必要な場合は、１週間ほどかかります。