

冠動脈MRI 検査依頼票  
(紹介状・診療情報提供書)

①FAX送付用 貴院控え

新大阪 Gazou no Mori Diagnostic Clinic ■■■■

TEL : 06-6990-6070

画像の森 診断クリニック FAX : 06-6990-6071

貴院名(住所等)

TEL:  
FAX:  
ご担当医師名:

検査依頼日: 年 月 日  
□午前・□午後 時 分 来院

フリガナ 患者氏名	様	男 / 女	生年 月日	西暦	年	月	日	歳
検査依頼: 冠動脈MRI			連絡先		-	-		

◆検査日から4診療日以内にレポートと画像CDを郵送致します。

傷病名	
検査目的	(症状の経過や検査結果、治療、投薬・処方など)

\*過去の画像データ(胸部X-P,CT)や心電図結果等があればご持参をお願い致します。

※下記項目に該当される方は、冠動脈の抽出が出来ません。  
受診対象外となりますのでご注意ください。

- 不整脈などの心臓疾患で加療中の方
- 冠動脈ステント留置術や心臓血管バイパス術等の手術を受けられた方
- 体重が90kg以上の方

<注意事項>

- ・ 食事および水分摂取の制限はありませんが、検査直前に召し上がる場合は軽食としてください。
- ・ MRI検査時に心電図パッドを貼ります。胸からおへそにかけて体毛がある場合、正しく検査ができないことがありますので、自己処理を推奨しております。
- ・ 検査で血管を拡張させるためにお薬を使用することがあります。

※以下に該当の方は申し出てください。

- ① 重篤な低血圧又は心原性ショックのある方
- ② 緑内障の方
- ③ 高度な貧血のある方 該当する方は場合によっては検査ができないことがあります。

MRI 検査 禁忌事項等

心臓ペースメーカー 体内型医療機器等	無 ・ 有 (MRI不可)	体内金属物 脳動脈クリップ 整形手術など	無 ・ 有 (部位: ) (素材: 時期: )
人工内耳・中耳	無 ・ 有 (MRI不可)		
妊娠の可能性 妊娠初期3ヵ月以内	無 ・ 有 (MRI不可)	刺青・アートメイク 閉所恐怖症等	無 ・ 有 無 ・ 有
その他申告事項			

# 検査予約表

FAXの必要はありません

②患者様用(1/2)◆緑

新大阪 Osaka no Mori Diagnostic Clinic

画像の森 診断クリニック

TEL : 06-6990-6070

FAX : 06-6990-6071

貴院名(住所等)

TEL:  
FAX:  
ご担当医師名 :

検査依頼日： 年 月 日  
□午前・□午後 時 分 来院

- ◆予約時刻の15分前にはご来院いただきますようお願い致します。
- ◆予約時間に遅れる場合は必ずお電話下さい。

フリガナ									
患者氏名	様	男・女	生年 月日	西暦	年	月	日	歳	
検査依頼：	冠動脈MRI			連絡先 (携帯推奨)	-	-			

当日ご持参頂くもの

- 健康保険証 お薬手帳 過去検査結果 (CDなど)
- 検査予約表 (本紙/緑) MRI検査についての確認事項 (次紙/黄)

## ◆飲食や排尿など、検査にあたっての注意事項◆

検査部位	冠動脈
飲食	制限なし (検査直前に召し上がる場合は軽食としてください)
排尿	制限なし

◆鉄成分が含まれるサプリメントは1日前から服用中止 (MRIのみ)



### 【アクセス】

- 「阪急淡路駅」東口より徒歩1分
- 「JR 淡路駅」徒歩2分
- 「新大阪駅」から車で7分
- お車でお越しの際は近隣駐車場をご利用ください。

### 【クリニック住所】

大阪府大阪市東淀川区東淡路4丁目30-2  
イーズメディテラスⅡ 3階

HPはこちらから→



## 冠動脈MR I 検査についての確認事項 (必要箇所及び下段同意書をご記入頂き、ご持参ください)

### MRI検査を受けられる方への注意点・問診書

MRI検査では強力な磁石と電波を用いて体内を画像化します。MRI検査は人体には無害であると言われていますが、安全に検査を行うため次のことに注意してください。

◇検査時間は40分～60分程度です。

◇検査中は狭いところに入り、大きな音がします。狭い場所が苦手な方事前にお申し出ください。

① 心臓ペースメーカー・人工弁・人工内耳・体内埋込式インスリンポンプ・刺激電極等を使用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
② 脳動脈クリップ・ステント・コイル・体内クリップ・人工関節などの医療用金属材料が体内にある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
異物の素材や詳細/いつ頃 ( )		
③ 眼球内や体内に金属の異物がある。またはその可能性がある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
④ (女性の方のみ) 妊娠初期3ヶ月以内、もしくは妊娠の可能性がある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑤ イレズミ・アートメイク(眉やアイラインなど)・マグネットネイルをしている。 *材質によって変色や火傷の危険性があります。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
⑥ 閉所恐怖症である。またはその可能性がある。 *短時間検査やトンネル内の映像コンテンツなど善処させていただきます。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
<b>★下記に記載の物は、身に着けずご来院頂くか、検査の際は取り外ししていただきます。 (使用しているものにチェックを付けてください。)</b>		
<input type="checkbox"/> カラーコンタクト(ディファイン含む) <input type="checkbox"/> 湿布 <input type="checkbox"/> カイロ <input type="checkbox"/> エレキバン等 <input type="checkbox"/> ウィッグ(かつら) <input type="checkbox"/> 増毛パウダー		
<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 義手義足 <input type="checkbox"/> 磁石埋込型義歯 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> ヒートテック <input type="checkbox"/> ピアス <input type="checkbox"/> アイシャドー等のメイク		

上記の問診のうち「はい」とお答えいただいた方は検査が不可能な場合がありますので、ご了承下さい。  
ご不明な点は当院へご相談ください。

※下記項目に該当される方は、冠動脈の抽出が出来ません。受診対象外となりますのでご注意ください。

- **不整脈などの心臓疾患で加療中の方**
- **冠動脈ステント留置術や心臓血管バイパス術等の手術を受けられた方**
- **体重が90kg以上の方**

#### <注意事項>

- ・食事および水分摂取の制限はありませんが、検査直前に召し上がる場合は軽食としてください。
- ・MRI検査時に心電図パッドを貼ります。**胸からおへそにかけて体毛がある場合**、正しく検査ができないことがありますので、自己処理を推奨しております。
- ・検査で血管を拡張させるためにお薬を使用することがあります。

※以下に該当の方は申し出ていただくようお願いいたします。

- ①重篤な低血圧又は心原性ショックのある方
- ②緑内障の方
- ③高度な貧血のある方該当する方は場合によっては検査ができないことがあります。

### ◆検査に対する同意書

◆本紙問診の意義および注意事項について理解し、検査を実施することに同意します。

令和 年 月 日

住所:

患者または家族・保護者の署名

氏名:

\*未成年の方は保護者のご署名が必要です。

(保護者氏名:)

[続柄]