

MRI検査に関するご案内

(MRI検査を受けられる患者さまへ)

MRI検査 FAX紹介状

送信先: 医療連携室
043-270-3648

検査日時	月 日 ()	午前・午後	時	分
フリガナ 氏名				
	様	医療機関名		
連絡先	() —			
	※日中ご連絡可能な電話番号をご記入下さい	()	—	

【MRI検査を受けられる患者さまへ】

- ・ 検査所要時間はおよそ30分～45分です。
- ・ 検査は予約制です。ご都合により検査が受けられない場合は予約された医院および東京歯科大学千葉歯科医療センター放射線科(受付直通) **043-270-3907** までご連絡下さい。
- ・ 当日は、**保険証・診療情報提供書・検査依頼書**を必ずご持参の上、検査予約時間15分前までに東京歯科大学千葉歯科医療センター1階放射線科までお越し下さい。
ご都合により遅れる場合はお手数ですがお早目のご連絡をお願いします。

(必ずお読み下さい)

- ・ 装置により患者さんは大変強い磁場の中に身を置くことになります。
冠動脈ステント、その他体内ステント、脳動脈クリップ(非チタン製)、血管内コイル、人工内耳・義眼、インプラントなど体内金属がある方、また入れ墨、アートメイク、置き針がある方など使用金属によっては検査を受けることができないことがあります。
該当する方は主治医の先生とご相談下さい。
- ・ イヤリング、ネックレス、ヘアピン、補聴器、マスカラなどは検査前に予め外して下さい。
- ・ コンタクトレンズは検査前に外して頂きます。保管ケースをご持参下さい。



東京歯科大学千葉歯科医療センター

〒261-8502 千葉市美浜区真砂1-2-2

医療連携室 043-270-3979 (医療連携に関する問い合わせ)

放射線科 043-270-3907 (MRI検査に関する問い合わせ)

診療時間: 平日 9:00～17:30、土曜日9:00～12:30 (第2土曜日を除く)

MRI検査依頼書

(主治医の先生へ 1/2)

以下の事項を必ずご確認のうえ、ご記入お願いいたします。

チェック項目に漏れがあり、その確認が取れない場合、検査をお断りすることがあります。

【MRI検査をご依頼頂く場合の確認事項】

- ・MRI検査を受けたことがある はい いいえ
- ・心臓ペースメーカー、埋込型除細動器を使用している はい いいえ
- ・体内金属(冠動脈ステント、その他の体内ステント、脳動脈クリップ
血管内コイル、人工内耳・義眼など)がある。 はい いいえ

⇒ 上記で「はい」と答えた場合、金属の種類、部位、留置時期についてご記載願います。
使用金属の材質によっては検査を行うことが出来ません。

種類: _____

部位: _____ 時期: _____ 年 _____ 月頃 _____

- ・(歯科)矯正装置を使用している。 はい いいえ
- ・(歯科)磁性体アタッチメント、インプラントを使用している。 はい いいえ

⇒ 上記で「はい」と答えた場合、部位、留置時期についてご記載願います。
使用装置によっては磁性体アーチファクトの発生により読像が困難となる場合があります。

部位: _____ 時期: _____ 年 _____ 月頃 _____

- ・車椅子を使用している。 はい いいえ
- ・在宅酸素を使用している。 はい いいえ
- ・入れ墨、アートメイク、置き針がある。 はい いいえ
- ・閉所恐怖症である。 はい いいえ
- ・(女性の方へ)妊娠の可能性がある。 はい いいえ

撮影に関してご不明な点がございましたら、千葉歯科医療センター放射線科までご相談下さい。

MRI検査依頼書

(主治医の先生へ 2/2)

検査日時	月 日 ()	午前・午後	時 分
------	---------	-------	-----

フリガナ 氏名	男・女	医療機関名
生年月日	西暦 年 月 日(歳)	主治医
身長・体重	身長 cm ・ 体重 Kg	
連絡先	() — ※日中ご連絡可能な電話番号をご記入下さい	

臨床診断名	現病歴
既往歴・手術歴	

検査方法	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他()
検査部位	<input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> その他 _____
撮影に関して具体的な指示がございましたら本欄にご記入下さい。	

【主治医の先生へ】

検査結果は、後日当院医療連携室より読影レポートとフィルムを着払にて郵送致します。



東京歯科大学千葉歯科医療センター

〒261-8502 千葉市美浜区真砂1-2-2

医療連携室 043-270-3979 (医療連携に関する問い合わせ)

放射線科 043-270-3907 (MRI検査に関する問い合わせ)

診療時間: 平日 9:00~17:30、土曜日9:00~12:30 (第2土曜日を除く)