

該当検査項目にレ点をしてください

診療情報提供書 兼 MRI検査依頼書 (条件付きMRI対応ペースメーカー植込み患者用)

※ 主治医の先生へ

- ・太線枠内のすべてをご記入ください。
- ・心臓MRIには対応しておりません。
- ・2枚目の「条件付きMRI対応カード」を患者様が所有されていることをご確認下さい。
(通常はペースメーカー手帳に挟んであります。)
- ・本診療情報提供書の1枚目と「条件付きMRI対応カード」の表側(氏名記載のある側)のコピーをFaxし、月曜の心臓血管外科外来の予約をとって下さい。(MRI検査施行日は、心臓血管外科外来受診時に当方で予約します。)
- ・患者様には外来診察とMRI検査施行で、当院受診が2回必要な旨をご説明下さい。
- ・2枚目以降は患者様にお渡し下さい。
- ・受診当日は診察前にX線写真検査と心電図検査があります。ペースメーカー手帳、条件付きMRI対応カード、保険証、予約書を持参の上、30分前までにご来院下さい。
- ・労災保険、交通事故の場合は事前にお申し付けください。
- ・18歳未満の方は、成人の方の付き添いが必要です。

フリカナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	年齢	才
患者氏名	様						
自宅電話番号		携帯番号		希望連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
				希望連絡時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		
ご紹介施設				診療科			
ご紹介医師名				医師連絡先			

心臓血管外科外来 診察予定日時	年 月 日 時 分
--------------------	-----------

検査内容	
検査予定部位	造影 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
造影有りの場合は腎機能の記載をお願いします。	
3ヶ月以内のクレアチニン	mg/dℓ
e-GFR値	()
身長	cm 体重 kg
(事前測定が困難な場合、当院にて採血します。)	

画像結果	
読影レポート	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
画像DVD	<input type="checkbox"/> 患者様手渡し <input type="checkbox"/> 郵送
貴院での次回診察日	
	月 日 予定

臨床・診断名・現病歴

確認事項	
① 条件付きMRI対応ペースメーカー/ICD/CRT植込み歴	植込み病院 () 外来follow病院 ()
② デバイス植込み後のMRI撮像歴	<input type="checkbox"/> 有り (20 年 病院) <input type="checkbox"/> 無し
③ 体内金属(ペースメーカー以外)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
禁忌	(<input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 可動型義眼 <input type="checkbox"/> 脳刺激装置 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 血管ステント)
要確認	(<input type="checkbox"/> 人工関節・スクリュー・プレート <input type="checkbox"/> アートメイク・刺青・タトゥー <input type="checkbox"/> カラーコンタクト(ディファイン))
その他	()
④ 手術歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()
⑤ 薬剤アレルギー(特に造影剤)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()
⑥ 喘息(造影禁忌)	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑦ 腎機能障害	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑧ 感染症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()
⑨ 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑩ 妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
⑪ 友誼会総合病院受診歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

検査目的・知りたい画像情報・目標部位又は器官名

友誼会総合病院 放射線科・心臓血管外科 大阪府茨木市西豊川町25番1号
電話 072-641-4872 FAX 072-641-4873 (地域医療連携室)

予約確認書

診察前に心電図とX線検査がありますので、診察予約時間の30分前に当院受付にお越し下さい。
心臓血管外科の外来診察後に改めてMRIの検査予定をとらせていただきます。

患者氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	才
紹介施設					診療科	科
御紹介医師名				医師連絡先		

心臓血管外科外来 診察予定日時	年 月 日 時 分
--------------------	-----------

診察の時刻に遅れますと、診察日を変更していただく場合もございますのでご注意ください。

- ・事情により検査を取り消される場合や、受診日当日に急用、体調不良で来院できない場合は、お早めにご連絡ください。
- ・当院は御紹介いただいた施設とは別の医療機関ですので、保険証を必ずお持ちいただき、再診の方も月に一度の確認が必要です。
- ・労災保険・交通事故での検査は一般保険証が使用できない場合がございますので、事前にお電話にてお知らせください。
- ・18歳未満の方は、成人の方の付き添いが必要です。
- ・当日発熱等がある場合は、別途新型コロナウイルス検査等が必要になる場合があります。
- ・**下記のペースメーカー手帳・条件付きMRI対応カードがないと、診察・検査は受けられません。**

受診日当日に持参していただくもの

- ・保険証、本予約票、初診費用
- ・ペースメーカー手帳(またはICD手帳、CRTP/CRTD手帳)



(手帳の例)

- ・条件付きMRI対応カード (通常はペースメーカー手帳に挟んであります。)

<p>条件付MRI対応ペースメーカーが 挿入されています。 1.5T MRI専用</p> <p>患者氏名: _____</p> <p>緊急連絡先: _____</p> <p>種 込 病 院: _____</p> <p>病院連絡先: _____</p> <p>診 療 科 名: _____</p> <p>ペースメーカー 心臓ICD 心臓ICD</p> <p>モジュール番号 製造番号 種込み日</p>	<p>重要な注意事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本カードは常に携帯し、MRI検査の指示を受けた際に必ず提示してください。 ・MRI検査の前に必ずペースメーカーが管理医を受診してください。 ・検査前にペースメーカーモードの変更が必要となります。 ・MRI検査ができない場合がありますので、ペースメーカー管理医にお尋ねいただくか下記専用ウェブサイトでご確認ください。 <p>患者様、MRI検査に係る医療従事者の皆様</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本カードはペースメーカー本体および使用リードがGEヘルスケア/サイエンティフィック社製案件材料採用対応品であることを証明するものです。 ・検査可能施設に関しては下記専用ウェブサイトでご確認ください。 ・条件付MRI対応ペースメーカーに関する情報は下記専用ウェブサイトでご確認ください。 <p>条件付MRI対応ペースメーカーお問合せ窓口</p> <p>TEL: 03-5561-1111 (受付時間: 午前9時～午後5時)</p> <p>お問い合わせ先: 03-5561-1111 (受付時間: 午前9時～午後5時)</p>
--	---

(カードの例。メーカーによって形式や色は多少異なることがあります。)

患者様にお渡しください(3/3)

【友誼会総合病院までの交通について】

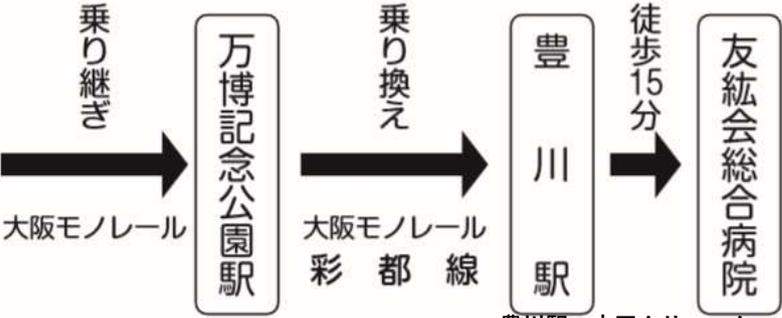


主要ポイントからの所要時間

★ モノレールを利用される場合

—モノレールへの乗換駅—

- | | | | |
|--------------------|---|----------|------|
| 阪急 | } | 京都線 = | 南茨木駅 |
| | | 千里線 = | 山田駅 |
| | | 宝塚線 = | 蛍ヶ池駅 |
| 地下鉄(御堂筋線)
北大阪急行 | } | 千里中央駅 | |
| | | 地下鉄(谷町線) | 大日駅 |
| 京阪本線 | = | 門真市駅 | |



豊川駅・内田クリニックからの巡回バスあり。

★ 豊川駅から主要駅までの所要時間

万博記念公園駅……約11分	大阪空港駅……約30分	千里中央駅……約20分
南茨木駅……約17分	新大阪駅……約30分	大阪駅……約40分

★ 車を利用される場合

国道171号線「清水」交差点を南へ約1 km	大阪都心(梅田)まで……約40分
	三宮まで……約64分

※ 所要時間は各交通機関の所要時間情報に基づいています。乗り換え時間は含んでおりません。