

MRI検査予約票

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

予約診療科

フリガナ

氏名

様

検査のための食事制限

- 当日の朝食は必ず絶食してください。
 当日の朝食は普通にとり、昼食は絶食してください。
 検査4時間前から絶飲絶食してください(MRCP検査時)。

絶飲絶食の方以外は検査の約1時間前にコップ一杯(200cc程度)のお水又はお茶をお飲みください。普段飲んでいるお薬は普段どおりにお飲みください。

(但し、お腹の検査の方は検査当日、鉄サプリメント及び鉄剤を飲まないでください。)

MRI検査をお受けになる方へ (必ずお読みください。)

検査当日は予約時間の15分前までに、この予約票、診察券(お持ちの方)、健康保険証を添えて**病院受付**で受付を済ませ、予約診療科に寄り、検査に来た旨を申し出て放射線室受付へお越しください。(再来機で受付しないでください。)

〈下記の医療機器・金属が入っていれば検査を受けられません〉

心臓ペースメーカー・体内除細動器・検査可能かが不明な脳動脈瘤クリップ・磁石式人工肛門骨成長刺激装置・取り外しできない磁石式差し歯・神経刺激埋込装置・金属の破片・弾丸
金属製の義眼・人工内耳中耳・圧可変式シャントバルブ・体内埋込式インスリンポンプ

〈検査時に外していただくもの〉

※機器の破損や火傷等のおそれがあるため

入れ歯(磁石の差し歯も含む)・心臓の貼り薬・禁煙シール・シップ薬・エレキバン・中国針
使い捨てカイロ・かつら(ヘアウィッグ含む)・義眼・保温性下着(ヒートテックなど)
かぎ・携帯電話・財布・磁気カード・ヘアピン・メガネ・補聴器・時計
アクセサリ(ネックレス・ピアス・イヤリングなど)

カラーコンタクトレンズ(保存容器をお持ちいただくかメガネでお越しください。)

化粧は落として検査を受けていただきます。

化粧を落とす準備をお持ちいただくか、化粧をせずお越しください。

検査終了後、化粧をされる方は化粧室をご利用ください。

*閉所恐怖症の方はお申し出ください。

*電磁場に対して過敏な方はお申し出ください。

*薬剤過敏症の方、じんま疹の出やすい方、妊娠の可能性のある方は、必ずお申し出ください。

*検査は予約制です。来院できない場合は必ず前もって連絡してください。

*検査の都合上、検査開始時間が多少前後する場合があります。御了承ください。

*ご不明な点がございましたら、当院までお問い合わせください。

問い合わせ先

国保野上厚生総合病院 放射線室
和歌山県海草郡紀美野町小畑198
電話 (073) 489-2178 内線170

診療情報提供書(MRI検査)

国保野上厚生総合病院 地域連携室
 受付時間 9:00~17:15
 ※土日祝・年末年始は除く

- 注) ①MRI検査問診票へ記入をお願いします
 ②造影剤検査を行う場合は、問診票・同意書へ記入をお願いします
 ③臨床診断名及び現病歴、検査目的は必ず記入をお願いします

検査予約日時 年 月 日 午前・午後 時 分

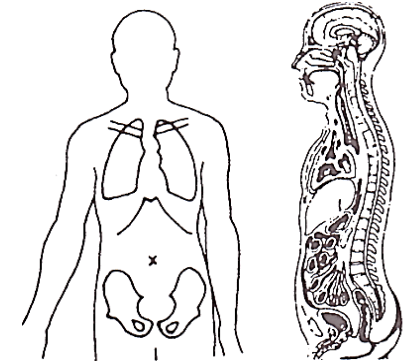
国保野上厚生総合病院 患者番号 <input type="checkbox"/> あり(患者番号) <input type="checkbox"/> なし				
フリガナ		男	生年月日	年 月 日
氏名	様	女		(才)
住所		電話番号		
医療機関名		依頼医師署名		

目的部位及び臓器 (複数チェック可)

<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 脳MRA	<input type="checkbox"/> VSRAD	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 内耳道	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨	<input type="checkbox"/> 胸腰椎移行部	
<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆嚢・膵臓	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 腎臓		
<input type="checkbox"/> 骨盤内臓器	<input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺			<input type="checkbox"/> 下肢動脈MRA		
<input type="checkbox"/> 肩関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 肘関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 手関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 足関節(右・左)	<input type="checkbox"/> 下肢静脈MRA		
<input type="checkbox"/> 股関節(右・左)				<input type="checkbox"/> その他MRA		

単純・造影・単純造影	診断 (要・不要)
HBs抗原 (+・-・未施行)	HCV (+・-・未施行)
ワ氏反応 (+・-・未施行)	その他感染症()

臨床診断名及び現病歴 [検査目的 (特に希望する事項・部位詳細)]



MRI検査結果

報告者()

MR I 検査問診票

検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____

安全に検査を受けていただくために、次の問1～問3の質問にお答えください。

問1 過去にMR I 検査を受けたことがありますか。

はい いいえ問2 体内に以下のものがある場合はチェックをお入れください。注意：チェックがある場合、当院では検査を受けられません。 ※心臓ペースメーカー ※体内除細動器 (ICD) ※神経刺激埋込装置

※MRI対応機種でも当院では検査できません

人工内耳・中耳 磁石式人工肛門 体内埋込式インスリンポンプ骨成長刺激装置 取り外しできない磁石式さし歯 金属製の義眼金属の破片・弾丸 圧可変式シャントバルブ 検査可能かが不明な脳動脈瘤クリップ問3 以下の項目に該当する方はチェックを入れ必要事項をご記入ください。注意：チェックがあり検査を受ける場合、下記のMRI検査同意書に同意してもらう必要があります。 その他手術等による体内金属がある (いつ頃： _____ 部位： _____) 刺青・Tatto(アイブロー・アイライナー含む)がある 閉所恐怖症である 避妊リングをしている 妊娠またはその可能性がある

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人または代理人 (続柄 _____) ご署名 _____

上記内容をご確認されましたら、この用紙をスタッフにお渡しく下さい。

リスク(危険性)を有する方のMR I 検査同意書

あなたは、上記問診票の問3にチェックがあるため、検査を受ける上でリスク(危険性)を有すると判断されます。しかし検査における利益が、検査の危険性を上回ると考えています。検査は万全を期し慎重に施行させていただきますが、危険性が高いことをご承知ください。なお、検査中・検査直後に異常がございましたら、すぐにお知らせください。

私は以上の説明を理解し、この検査を受けることに同意いたします。
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人または代理人 (続柄 _____) ご署名 _____

依頼医師署名 _____

造影剤検査をお受けになる方へ

今回実施する検査は「造影剤」という薬剤を使用して行う検査です。一般に造影剤の使用により、病気の存在や状態がより詳しく正確に描出され精度の高い診断に大変役立ちます。

この造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が発生することもあります。

- 1) 軽い副作用：咳、くしゃみ、吐き気、嘔吐、皮膚症状、発熱などの症状があります。約40人に1人の割合で発生します。
- 2) 重い副作用：呼吸困難、意識消失、血圧性ショックなどの症状があります。約2万人に1人の割合で発生します。極めてまれですが、約80万人に1人の割合で死亡に至る例もあります。重い腎機能障害の方では腎性全身性線維症（NSF）の報告があります。
- 3) 遅発性副作用：投与開始より1時間から数日後に遅れて、発熱、発疹、悪心、血圧低下、呼吸困難等が発生することがあります。

残念ながら、こうした副作用はいつ発生するか事前に知ることはできません。また前回の検査で副作用が発生しなくても、今回発生することもあります。造影剤にはこうした副作用がありますが、あなたの病気を診断・治療するうえで造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。万一副作用が発生しても、すばやく対応ができるようにしたうえで検査を行っています。もし異常がございましたら、すぐにお知らせください。

造影剤の注射中に、血管の外に造影剤が漏れることがあります。少量の漏れは心配ありません。極めてまれですが多量に漏れた場合は、別の処置が必要となります。

注意事項

※ 現在、妊娠またはその可能性のある方は原則として検査できません。

※ 授乳中の方は検査終了後24時間授乳をお避けください。

造影剤検査問診票

問診日 年 月 日

氏名 _____

生年月日 年 月 日

※有効期限：問診日より3か月間

安全に検査を受けていただくために、次の問1～問7の質問にお答えください。

問1 造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。

 はい [CT・MRI・血管造影・腎臓検査・胆嚢検査] いいえ

問2 検査を受けたことがある方で、その時、帰宅後も含め副作用はありましたか。

 はい [咳・くしゃみ・吐き気・嘔吐・皮膚症状・発熱・呼吸困難
意識消失・血圧性ショック・その他 ()] いいえ

問3 今までに、次の病気にかかれたことがありますか。

 はい [喘息・高血圧・糖尿病・甲状腺疾患・心臓病・肝臓病・腎臓病
褐色細胞腫・マクログロブリン血症・多発性骨髄腫・テタニー] いいえ

問4 アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか。

 はい [アトピー体質・アレルギー性鼻炎・花粉症・薬剤アレルギー
食物アレルギー・その他 ()] いいえ

問5 現在、高血圧・心臓病のお薬を服用していますか。

 はい (お薬名) いいえ

《女性の方へ》

問6 現在、妊娠またはその可能性がありますか。

 はい いいえ

問7 現在、授乳中ですか。

 はい いいえ【紹介医療機関の先生へ】 過去3ヵ月以内のeGFR(mL/分/1.73m²)を必ずご記入ください。

※ eGFRが30未満又は未記入の場合は、原則として造影検査を実施しません。

eGFR (mL/分/1.73m²) : _____ 測定日 年 月 日

造影剤検査同意書

私は、検査に対して医師から検査内容・造影剤の副作用の可能性について説明を受けて理解しましたので、造影剤検査の実施に同意します。また、万一副作用が発生した場合には必要な処置を受けることも承諾します。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

記入日 年 月 日

本人または代理人(続柄) ご署名 _____

依頼医師署名 _____