

MR I 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

- 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。)

MR I 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分前までに受付を済ませ、予約された診療科または受付で外来基本カードを受け取り、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・神経刺激埋込装置・植込み型除細動器・植込み型心電図記録計
体内埋込式インスリンポンプ・人工内耳中耳・磁石式人工肛門・取り外しできない磁石式差し歯
骨成長刺激装置・金属製の義眼・安全性の確認がとれない脳動脈瘤クリップ
金属の破片・弾丸・圧可変式シャントバルブ・金属製の避妊リング

〈妊娠中の方または妊娠の可能性のある方は検査を受けられません〉

〈検査前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
インスリンポンプ・持続グルコース測定器・保温性下着(ヒートテックなど)
入れ歯(磁石の差し歯も含む)・かつら(ヘアウィッグ含む)・義眼・補聴器
心臓の貼り薬・禁煙シール・シップ薬・エレクトロニクス・中国針・使い捨てカイロ
かぎ・携帯電話・財布・磁気カード・メガネ・時計・マスク
アクセサリ(ヘアピン・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。)
化粧品は落として検査を受けていただきます。
化粧品を落とす準備をお持ちいただくか、化粧品をせずお越しください。
検査終了後、化粧品をされる方は化粧室をご利用ください。

- * 検査日までに、医療機器・金属を入れた方は、必ず前もって連絡してください。
- * 検査は予約制です。来院できない場合には、必ず前もって連絡してください。
- * 当院以外で内視鏡止血クリップを使用した場合や、カプセル内視鏡検査を受けられた方は2週間以上の間隔を開けてください。
- * 鉄工関係の職業の方は、鉄粉が人体に付着していることがありますので事前に入浴・洗髪をしてください。
- * 閉所恐怖症の方はお申し出ください。
- * 検査当日は増毛パウダー・スプレーを使用しないでください。
- * 電磁場に対して過敏な方はお申し出ください。
- * 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

【依頼医へのお願い】

- ・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。
- ・MRI検査問診票へ記入をお願いします。
- ・造影剤使用時は、問診票・同意書へ記入をお願いします。
- 授乳中の方は検査後24時間授乳をお避けください。

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 | <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 10px;"></div> |
| <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"/> その他MRA | | |

単純 ・ 造影 ・ 単純造影

診断 (要 ・ 不要)

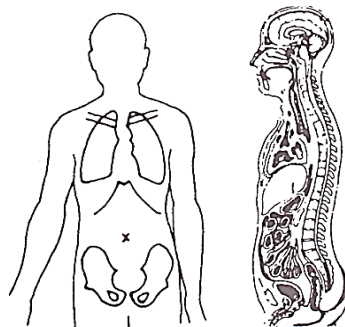
HBs抗原 (+ ・ - ・ 未施行)

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 年 月 日 氏 名 姓

安全に検査を受けていただくために、次の問1～問4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 体内に以下の機器・器具・金属がありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

- | | | |
|-------------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ※心臓ペースメーカ | <input type="checkbox"/> ※神経刺激埋込装置 | <input type="checkbox"/> ※植込み型除細動器（ICD） |
| <input type="checkbox"/> ※植込み型心電図記録計（ICM） | | <input type="checkbox"/> 体内埋込式インスリンポンプ |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳・中耳 | <input type="checkbox"/> 磁石式人工肛門 | <input type="checkbox"/> 取り外しできない磁石式さし歯 |
| <input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置 | <input type="checkbox"/> 金属製の義眼 | <input type="checkbox"/> 安全性の確認がとれない脳動脈瘤クリップ |
| <input type="checkbox"/> 金属の破片・弾丸 | <input type="checkbox"/> 圧可変式シャントバルブ | <input type="checkbox"/> 金属製の避妊リング |

問3 以下の項目で該当するものがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ

- | | | |
|------------------------------------------------------|-----|---|
| <input type="checkbox"/> 手術等による体内金属がある（いつ頃： | 部位： | ） |
| <input type="checkbox"/> 刺青・Tatto（アイブロー・アイライナー含む）がある | | |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症である | | |

問4 現在、妊娠またはその可能性がありますか。（女性の方のみ） ☐ はい ☐ いいえ

注意①：問2・問4が「はい」の場合、当院では検査を受けられません。

※の機器はMRI対応機種であっても、当院では検査を受けられません。

②：問3が「はい」で検査を受ける場合、下記のリスク（危険性）を有する方のMRI検査同意書に同意していただく必要があります。

記入日 年 月 日 本人または代理人（続柄 ） ご署名

リスク（危険性）を有する方のMR I 検査同意書

あなたは、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。

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

依頼医師名

造影剤使用に関する説明

今回実施する検査は「ガドリニウム造影剤」という薬剤を使用していきます。
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、頭痛、発疹、悪心、嘔吐などの症状があります。
約100人に1人の割合で発生します。
- 2) 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識消失、咽・喉頭浮腫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、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ができません。
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。
少量の漏れは心配いりません。
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。

造影剤使用に関する問診票

問診日 年 月 日 氏名 様

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8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・発熱・皮膚症状・呼吸困難
意識消失・ショック症状・その他 ()] ☐ いいえ

問3 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4 今までに、喘息と言われたことがありますか。

☐ はい ☐ いいえ

問5 今までに、腎臓病と言われたことがありますか。

☐ はい ☐ いいえ

問6 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7 現在、妊娠またはその可能性がありますか。

☐ はい ☐ いいえ

問8 現在、授乳中ですか。 ※検査後24時間授乳をお避けください。

☐ 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

造影剤使用に関する同意書

私は、造影剤の使用に対して医師から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、造影剤の使用に同意します。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