綾部市立病院 MRI 検査依頼表

検査日　　年　　月　　日（　）　　午後　　時　　分

患者様氏名　　様　　男 ・ 女 生年月日　M･T･S･H･R　年　月　日生　歳	
紹介病･院名	医師名

1.　目的の検査（〇印をつけて下さい）

部位	方法	目的臓器、主訴、臨床経過、臨床診断
頭部 MRA 頸椎 胸椎 腰椎 骨盤 その他	単純 単純+造影	

2.　以下の項目についてご確認下さい。

1）　所見報告書の送付方法　（　FAX　・　郵送　）

2）　画像提出方法　（　CD-R　・ フィルム　・　不要　）

※CD-R はパソコンで閲覧できます

■おねがい　■

※本用紙を封筒に入れ、患者様にお渡しください。

また、検査依頼内容の事前確認のため、予約後、本用紙をＦＡＸ送付くださいますようお願い申し上げます。

※2 ページ目にある「MRI安全チェックリスト」にご記入の上、同封してください。

※ご来院の際には保険証もご持参いただくようお願い申し上げます。

綾部市立病院放射線科　TEL（代表） 0773-43-0123　FAX（地域連携医療室直通） 0773-43-0246

MRI 安全チェックリスト

氏名　　生年月日　　記載者（　　）

【MRIの安全確認】

〇MRI非対応金属　　□なし　　□あり　　下記の機器がある場合MRIの検査はできません。
・非対応ペースメーカ・人工内耳・人工耳小耳・除細動器・神経刺激装置・スワンガンツカテーテル
・強磁性体の破片・1970 年以前の心臓人工弁・PoppenBlaylock 製の頸動脈クランプ・その他（　　）

〇MRI対応金属　　□あり　　下記の機器がある場合は条件付きで可能です
□MR対応ペースメーカ（当院ペースメーカ外来の受診後の検査となります。予約時にご相談下さい。）
□脳動脈クリップ　手術元にMR対応であることの確認をお願いします。（□確認済み）
□冠動脈ステント、胆管ステントなど　留置後 6 週間後より検査可能
□整形外科系体内金属　　（部位　　）
□入れ墨　変色、火傷の可能性があります。ご本人了解の上、検査を行います。（□了解済み）
□MR 対応の脳シャントチューブ。手術元にMR対応であることの確認お願いします。（□確認済み）

〇下記の張り薬がある場合は当日取り外しが必要です
・ニトロダーム・ニコチネル・ノルスバンテープ・ニュープロパッチ

〇以下に該当する場合は、事前に申し出てください。
□妊娠中の方
□閉所恐怖症の方

【造影剤の安全確認】

1、腎機能異常	**□無**	**□有**	**4、アレルギー**	**□無**	**□有**
2、造影剤使用経験	**□無**	**□有**	**5、喘息**	**□無**	**□有**
3、造影剤副作用歴	**□無**	**□有**			
症状（　　）					

腎機能はGFR30mL/min/1.73 ㎡未満は造影原則禁忌

※必ず主治医の確認をお願いします。

医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

綾部市立病院

造影 MRI 検査予約票

（検査部位：　　）

あなたの検査予定日時は

午前・午後　　時　　分の予定です

検査予定時間までに受付を済ませてください。

検査時間は20分～1時間程度です。

■受付手順

①再来受付機に診察券を通す　→　②診療科を選択　→　③〔**診察・検査**〕を選択　→

（**午後予約の方は**、1番総合受付窓口で受付をお願いします）

④受付票を受け取り、27 番検査・放射線受付窓口に受付票と予約票（当用紙）を提出してください

■食事の制限は　□ありません　□あります（ 朝食 ・ 昼食 ）を絶食

以下の検査は 3 時間程度の食事、飲水の制限があります。

体幹部臓器検査（MRCP, MRU, 肝臓, 腎臓, 膀胱, 子宮卵巣, 前立腺など）
造影検査（すべての部位）

■排尿の制限は　□ありません　□あります

⇒検査の直前にはトイレに行かず尿を少しためておいてください。

以下の検査は排尿制限があります。

膀胱, 一部のMRU

■お断り

1. 緊急の患者さまや、前者の検査状況により順番が前後し、予定時間より遅れる場合があります。
2. 装置の整備点検には万全を期しておりますが、万一不備が発生した場合は遅延が発生することがあります。
3. ご都合により検査に来られない場合は必ず検査・放射線受付までご連絡下さい。

綾部市立病院放射線科　TEL　0773-43-0123（内線 127）

綾部市立病院

MRI 検査チェックリスト

下記の内容をご確認いただき、該当するものに〇をつけてください。

今までに MRI 検査を受けたことがありますか 【 はい いいえ 】
狭いところや大きな音が苦手ですか 【 はい いいえ 】
妊娠中、または妊娠の可能性はありますか 【 はい いいえ 】

今までに手術の経験はありますか 【 はい いいえ 】

ある場合 ⇒ 時期＿＿＿＿＿＿ごろ 手術をした病院＿＿＿＿＿＿ 手術内容＿＿＿＿＿＿

手術後、MRI の経験はありますか 【 はい いいえ 】

体内金属は種類や製造時期で検査ができないことがあります。

① MRI 非対応の脳動脈瘤クリップ	【 あり なし 】	⑪ 眼窩内異物	【 あり なし 】
② ペースメーカー	【 あり なし 】	⑫ 内視鏡クリップ	【 あり なし 】
③ 埋め込み式電気刺激装置	【 あり なし 】	⑬ カプセル内視鏡	【 あり なし 】
④ 埋め込み式除細動器	【 あり なし 】	⑭ 磁石式人工肛門	【 あり なし 】
⑤ 人工内耳、人工中耳	【 あり なし 】	⑮ 磁石式バルーンキャップ	【 あり なし 】
⑥ 磁石式義歯	【 あり なし 】	⑯ 美容整形術などでの顔面に金属糸など	【 あり なし 】
⑦ 磁石式義眼	【 あり なし 】	⑰ 乳房再建用エキスパンダー	【 あり なし 】
⑧ 髄液シャントチューブ（VP・LP・VA）	【 あり なし 】	⑱ 緑内障フィルトレーションデバイス	【 あり なし 】
⑨ 糖尿病用リブレ	【 あり なし 】	⑲ 人工関節（ ）	
⑩ 埋め込み式インスリンポンプ	【 あり なし 】	⑳ その他 （ ）	

MRI 室へは以下のものは持ち込めません。患者さまご自身のやけどの恐れや、電子機器類の故障、MRI 装置の故障の危険性があります。検査前に外して頂けますようご協力をお願いいたします。
（該当するものに〇をしてください）

・入れ歯 ・補聴器 ・湿布類 ・エレキバン ・使い捨てカイロ ・腕時計 ・ネックレス
・ヘアピン ・指輪 ・ピアス ・鍵 ・ライター ・金属の付いている下着
・ヒートテックなどの保湿性の高い下着 ・コルセット ・その他貴金属類 ・財布
・カラーコンタクト ・マスカラ、アイシャドウなどラメ入りの化粧 ・いれずみ ・かつら、増毛剤
・磁気カード類 ・携帯電話またはスマートフォン ・その他電子機器 ・その他（ ）

・同日に受ける他の検査 【 なし ・ あり（ ） 】
・医師の説明や上記の内容について納得して MRI 検査を受けますか 【 はい ・ いいえ 】

患者署名（代理人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（病院使用欄）カルテ記載日	年 月 日

造影剤（Gd-DTPA）を用いたMRI検査を受けられる患者様へ

あなたの病気の状態を一層はっきりさせるために、今回薬剤（造影剤）を注射しておこなう造影MRI検査を行います。

造影剤には一般の薬と同じように、副作用が起こることがあり、極めてまれですが、体質によっては重篤な症状があらわれることもあります。

主な副作用として、消化管障害（嘔気0.28％、嘔吐0.12％）、皮膚障害（じんましん0.05％。掻痒0.03％、発疹0.02％）、血管障害（潮紅0.03％、血管痛0.04％）、一般的全身障害（顔面紅潮0.03％、熱感0.06％、倦怠感0.02％）、その他注射部疼痛0.01％が認められています。

万が一、副作用が起こったときにはすぐに適切な処置ができるよう万全の準備をしておりますので検査中もしくは検査後に異常を感じたらすぐに申し出て下さい。
ほとんどは何もしなくても治まりますが、程度の強い時には投薬する場合もあります。

綾部市立病院　0773-43-0123

2013年5月1日版

---------- 切り取り線 ----------

安全に造影 MRI 検査を受けていただくために、以下の質問に正しくお答えください。

1. 今までに CT や MRI 検査を受けたことはありますか。　（ はい　・　いいえ ）
   ・その時造影剤を使用しましたか　（ はい　・　いいえ ）
   ・副作用はありましたか　はい（　　）・　いいえ
2. 喘息がありますか。　（ はい　・　いいえ ）
3. 食べ物、薬、花粉などによるアレルギー体質はありますか。　（ はい　・　いいえ ）
4. 以前、造影剤の注射で具合が悪くなったことがありますか。　（ はい　・　いいえ ）
5. 妊娠中ですか。（女性のみ）　（ はい　・　いいえ ）
6. 授乳中ですか。（女性のみ）　（ はい　・　いいえ ）
7. 今までにアルコール消毒で皮膚がかぶれたことがありますか？　（ はい　・　いいえ ）

＜ 承 諾 書 ＞

以上の問診票の意義及び検査の必要性・危険性について、担当医の説明を理解し納得致しましたので、造影MRI検査を受けることを承諾します。

年　　月　　日

患　者　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿［続柄　　］

担当医　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

綾部市立病院
2013年5月1日作成

綾部市立病院

造影 MRI 検査予約票

（検査部位：　　）

あなたの検査予定日時は

午前・午後　　時　　分の予定です

検査予定時間までに受付を済ませてください。

検査時間は20分～1時間程度です。

■受付手順

①再来受付機に診察券を通す　→　②診療科を選択　→　③〔**診察・検査**〕を選択　→

（**午後予約の方は**、1番総合受付窓口で受付をお願いします）

④受付票を受け取り、27 番検査・放射線受付窓口に受付票と予約票（当用紙）を提出してください

■食事の制限は　□ありません　□あります（ 朝食 ・ 昼食 ）を絶食

以下の検査は 3 時間程度の食事、飲水の制限があります。

体幹部臓器検査（MRCP, MRU, 肝臓, 腎臓, 膀胱, 子宮卵巣, 前立腺など）
造影検査（すべての部位）

■排尿の制限は　□ありません　□あります

⇒検査の直前にはトイレに行かず尿を少しためておいてください。

以下の検査は排尿制限があります。

膀胱, 一部のMRU

■お断り

1. 緊急の患者さまや、前者の検査状況により順番が前後し、予定時間より遅れる場合があります。
2. 装置の整備点検には万全を期しておりますが、万一不備が発生した場合は遅延が発生することがあります。
3. ご都合により検査に来られない場合は必ず検査・放射線受付までご連絡下さい。

綾部市立病院放射線科　TEL　0773-43-0123（内線 127）

綾部市立病院

MRI 検査チェックリスト

下記の内容をご確認いただき、該当するものに〇をつけてください。

今までに MRI 検査を受けたことがありますか 【 はい いいえ 】
狭いところや大きな音が苦手ですか 【 はい いいえ 】
妊娠中、または妊娠の可能性はありますか 【 はい いいえ 】

今までに手術の経験はありますか 【 はい いいえ 】

ある場合 ⇒ 時期＿＿＿＿＿＿ごろ 手術をした病院＿＿＿＿＿＿ 手術内容＿＿＿＿＿＿

手術後、MRI の経験はありますか 【 はい いいえ 】

体内金属は種類や製造時期で検査ができないことがあります。

① MRI 非対応の脳動脈瘤クリップ	【 あり なし 】	⑪ 眼窩内異物	【 あり なし 】
② ペースメーカー	【 あり なし 】	⑫ 内視鏡クリップ	【 あり なし 】
③ 埋め込み式電気刺激装置	【 あり なし 】	⑬ カプセル内視鏡	【 あり なし 】
④ 埋め込み式除細動器	【 あり なし 】	⑭ 磁石式人工肛門	【 あり なし 】
⑤ 人工内耳、人工中耳	【 あり なし 】	⑮ 磁石式バルーンキャップ	【 あり なし 】
⑥ 磁石式義歯	【 あり なし 】	⑯ 美容整形術などでの顔面に金属糸など	【 あり なし 】
⑦ 磁石式義眼	【 あり なし 】	⑰ 乳房再建用エキスパンダー	【 あり なし 】
⑧ 髄液シャントチューブ（VP・LP・VA）	【 あり なし 】	⑱ 緑内障フィルトレーションデバイス	【 あり なし 】
⑨ 糖尿病用リブレ	【 あり なし 】	⑲ 人工関節（ ）	
⑩ 埋め込み式インスリンポンプ	【 あり なし 】	⑳ その他 （ ）	

MRI 室へは以下のものは持ち込めません。患者さまご自身のやけどの恐れや、電子機器類の故障、MRI 装置の故障の危険性があります。検査前に外して頂けますようご協力をお願いいたします。
（該当するものに〇をしてください）

・入れ歯 ・補聴器 ・湿布類 ・エレキバン ・使い捨てカイロ ・腕時計 ・ネックレス
・ヘアピン ・指輪 ・ピアス ・鍵 ・ライター ・金属の付いている下着
・ヒートテックなどの保湿性の高い下着 ・コルセット ・その他貴金属類 ・財布
・カラーコンタクト ・マスカラ、アイシャドウなどラメ入りの化粧 ・いれずみ ・かつら、増毛剤
・磁気カード類 ・携帯電話またはスマートフォン ・その他電子機器 ・その他（ ）

・同日に受ける他の検査 【 なし ・ あり（ ） 】
・医師の説明や上記の内容について納得して MRI 検査を受けますか 【 はい ・ いいえ 】

患者署名（代理人署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（病院使用欄）カルテ記載日	年 月 日

造影剤（SPIO）を用いたMRI検査を受けられる患者様へ

今回行うMRI検査では、強い磁石と電波を使いますが、ふつうの人には無害であることが確かめられています。

また、検査にあたり肝臓を調べるために「リゾビスト」という造影剤を使用（注射）します。この造影剤は黒い色をしていますが、赤血球等に利用されている鉄を主成分としているためです。

この造影剤を使用した場合には、鼻出血・熱感・倦怠感（それぞれ 0.4%）、発疹・発赤・掻痒感・じんましん・嘔気・後頭部痛・灼熱感・頭痛・手足のしびれ・冷汗・血圧上昇・腰背部痛・髄膜刺激症状（それぞれ 0.2%）等の副作用が現れることがあります。投与中もしくは検査中に異常を感じられたらすぐに申し出てください。

綾部市立病院　0773-43-0123

2013 年 5 月 1 日版

---------- 切 り 取 り 線 ----------

この検査をより安全に行うために、以下の質問にご記入をお願いします。

1. 今までに CT や MRI 検査を受けたことはありますか。　（ はい ・ いいえ ）
   ・その時造影剤を使用しましたか　（ はい ・ いいえ ）
   ・副作用はありましたか　はい（　　）・ いいえ
2. 妊娠中ですか。（女性のみ）　（ はい ・ いいえ ）
3. 授乳中ですか。（女性のみ）　（ はい ・ いいえ ）
4. 貧血用鉄剤の投与を受けたことがありますか。　（ はい ・ いいえ ）
   薬剤名：
   期　間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日
5. 鉄剤のアレルギーはありますか。　（ はい ・ いいえ ）
6. アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか。　（ はい ・ いいえ ）
   該当するものに丸をして下さい。
   （かぶれ・じんましん・アトピー性皮膚炎・喘息・アレルギー性鼻炎・その他）
7. 今までにアルコール消毒で皮膚がかぶれたことがありますか？　（ はい ・ いいえ ）

＜ 承 諾 書 ＞

以上の問診票の意義及び検査の必要性・危険性について、担当医の説明を理解し納得致しましたので、造影MRI検査を受けることを承諾します。

年　　月　　日

患　者　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿［続柄　　］

担当医　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

綾部市立病院

2013 年 5 月 1 日作成