

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(○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 | 単純 | |
| MRA | | |
| 頸椎 | 単純+造影 | |
| 胸椎 | | |
| 腰椎 | | |
| 骨盤 | | |
| その他 | | |

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、患者様にお渡してください。

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。

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】

○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ー・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(_____)

○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対応ペースメーカー(当院ペースメーカー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をお願いします。(確認済み)

○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

○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 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 4、アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 2、造影剤使用経験 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 5、喘息 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 |
| 3、造影剤副作用歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | |

症状(_____)

腎機能はGFR30mL/min/1.73 m²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 _____

ID @PATIENTID
氏名 @PATIENTNAME
生年月日 @PATIENTBIRTH2 性別 @PATIENTSEXN
診療科名 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

綾部市立病院

造影 MRI 検査予約票

(検査部位: #KENSAITEM)



あなたの検査予定日時は #KENSADATE2

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・放射線受付窓口にて受付票と予約票(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

以下の検査は排尿制限があります。

尿を少しためておいてください。

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。

MRI 検査を受けられる方へ

MRI 検査は強い磁石と電磁波を利用します。これらは磁性体金属の吸着・電子回路への影響・火傷などの危険を及ぼす可能性がありますので、安全な検査を行うためにいろいろな制限があります。

下記の内容を十分に確認していただき、該当するものがある場合は医師または放射線技師にお申し出下さい。検査前にこれらの有無をたずねますが、万が一申し出のないまま下記のものを持ち込み、使用不能、紛失されましても一切の責任を負いかねます。

検査当日は着替えていただくことがありますので、着替えやすい服装で来院して下さい。

原則検査を受けることができません

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 |
| <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 | <input type="checkbox"/> 磁石を使ったインプラント |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 |
| <input type="checkbox"/> 可動性義眼、眼窩内異物 | <input type="checkbox"/> 長時間静止することが困難な方 |

材質・手術時期・添付文書などで検査適応の確認が必要です

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> 脳室内シャント |
| <input type="checkbox"/> スtent[脳, 心臓, 腹部, その他] | <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップまたはコイル |
| <input type="checkbox"/> 人工関節・プレート・ボルト | <input type="checkbox"/> その他体内金属(金属片含む) |
| <input type="checkbox"/> 脳深部刺激療法の植込み機器装置 | <input type="checkbox"/> 刺青 |
| <input type="checkbox"/> 消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ | |

持ち込みできません

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 金属類 | 携帯電話, 時計, 眼鏡, ベルト, 財布, 小銭, 鍵, ネックレス, ヘアピン, ピアス, イヤリング, 指輪, 義歯(はずせる入れ歯など), 補聴器, 義肢, チャック, 下着の金具, 安全ピンなど |
| <input type="checkbox"/> 磁気カード | キャッシュカード, プリペイドカード, クレジットカード, 運転免許証, 駐車券など |
| <input type="checkbox"/> 貼付剤等 | 経皮吸収貼付剤※(ニトロダーム, ニコチネル, ノルスパンテープ, ニュープロパッチ), 湿布, エレキバン, カイロなど |
| <input type="checkbox"/> 化粧品 | マスカラ, アイシャドー, アートメイクなど (検査前に化粧を落としていただく場合があります) |
| <input type="checkbox"/> その他 | カラーコンタクトレンズ 筋力トレーニング等のウェイト (パワーアンクル・パワーリストなど) |

※ 経皮吸収貼付剤を貼付したまま検査を行うと、加熱によりやけどを引き起こす可能性があります。必ず、検査前にはがし、終了後にお手持ちの新しいものを貼りなおしてください。



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があります。

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 _____

ID @PATIENTID
氏名 @PATIENTNAME
生年月日 @PATIENTBIRTH2 性別 @PATIENTSEXN
診療科名 @PATIENTFORMALSECTIONNAME

綾部市立病院

造影 MRI 検査予約票

(検査部位: #KENSAITEM)



あなたの検査予定日時は #KENSADATE2

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・放射線受付窓口にて受付票と予約票(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

以下の検査は排尿制限があります。

尿を少しためておいてください。

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。

MRI 検査を受けられる方へ

MRI 検査は強い磁石と電磁波を利用します。これらは磁性体金属の吸着・電子回路への影響・火傷などの危険を及ぼす可能性がありますので、安全な検査を行うためにいろいろな制限があります。

下記の内容を十分に確認していただき、該当するものがある場合は医師または放射線技師にお申し出下さい。検査前にこれらの有無をたずねますが、万が一申し出のないまま下記のものを持ち込み、使用不能、紛失されましても一切の責任を負いかねます。

検査当日は着替えていただくことがありますので、着替えやすい服装で来院して下さい。

原則検査を受けることができません

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 |
| <input type="checkbox"/> 植込み型除細動器 | <input type="checkbox"/> 磁石を使ったインプラント |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 |
| <input type="checkbox"/> 可動性義眼、眼窩内異物 | <input type="checkbox"/> 長時間静止することが困難な方 |

材質・手術時期・添付文書などで検査適応の確認が必要です

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> 脳室内シャント |
| <input type="checkbox"/> ステント[脳, 心臓, 腹部, その他] | <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップまたはコイル |
| <input type="checkbox"/> 人工関節・プレート・ボルト | <input type="checkbox"/> その他体内金属(金属片含む) |
| <input type="checkbox"/> 脳深部刺激療法の植込み機器装置 | <input type="checkbox"/> 刺青 |
| <input type="checkbox"/> 消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ | |

持ち込みできません

- | | |
|--------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 金属類 | 携帯電話, 時計, 眼鏡, ベルト, 財布, 小銭, 鍵, ネックレス, ヘアピン, ピアス, イヤリング, 指輪, 義歯(はずせる入れ歯など), 補聴器, 義肢, チャック, 下着の金具, 安全ピンなど |
| <input type="checkbox"/> 磁気カード | キャッシュカード, プリペイドカード, クレジットカード, 運転免許証, 駐車券など |
| <input type="checkbox"/> 貼付剤等 | 経皮吸収貼付剤※(ニトロダーム, ニコチネル, ノルスパンテープ, ニュープロパッチ), 湿布, エレキバン, カイロなど |
| <input type="checkbox"/> 化粧品 | マスカラ, アイシャドー, アートメイクなど (検査前に化粧を落としていただく場合があります) |
| <input type="checkbox"/> その他 | カラーコンタクトレンズ 筋力トレーニング等のウェイト (パワーアンクル・パワーリストなど) |

※ 経皮吸収貼付剤を貼付したまま検査を行うと、加熱によりやけどを引き起こす可能性があります。必ず、検査前にはがし、終了後にお手持ちの新しいものを貼りなおしてください。



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。

- 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
- 妊娠中ですか。(女性のみ) (はい ・ いいえ)
- 授乳中ですか。(女性のみ) (はい ・ いいえ)
- 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
- 鉄剤のアレルギーはありますか。 (はい ・ いいえ)
- 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)
- 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 _____