

MRI予約票(患者様用)

氏名	検査日	年	月	日()
		時	分	より

MRI検査とは

磁石と電波を利用して、体内に最も多く存在する水素から得られた情報を基にコンピュータで画像を作成します。特徴は、身体のあらゆる方向からの断面像が得られ、病変と正常組織の違いをはっきりと描出することが可能な事です。

磁石と電波を利用する為、放射線被ばくがなく、筒状の検査台で寝ているだけです。

磁場の関係で大きな音がありますが、人体に害はありません。

反面、手術等により体内に機械や金属が存在する場合、それらの移動や発熱・故障などのため、不慮の事故が起る恐れがあります。医師からの説明を十分にお聞きください。

MRI検査のご案内

持ってくるもの この予約票、診療情報提供書、問診票、保険証
服装 金属やボタンのない下着の上からお渡する検査着に着替えていただきます。

検査前の食事 制限なし 朝絶食 昼絶食
(スタッフの方はしてください。)

※絶食時でも薬はお飲み下さい。

貧血などで鉄剤や鉄含有のサプリメントを服用されている方は数日前から服用を中断しなければならないケースがありますので、スタッフへ申し出てください。

来院時間 予約時刻の**20分前**までに、つるぎ町立半田病院総合受付にお越しください。

注意事項

◇時間に遅れると、検査が後になったり、できないことがあります。

◇検査時間が40分以上かかる場合がありますので、トイレは前もって済ませておいてください。

◇MRI室内に持ち込めないもの

金属類…お金・鍵・ヘアピン・金属の付いている下着・カイロ・入れ歯・眼鏡・イヤリング・ネックレス・ピアス・エレキバンなど

機械類…時計・携帯電話・補聴器など

磁気カード類…クレジットカード・プリペイドカードなど

その他…シップ・カラーコンタクト・かつら・増毛パウダーなど

◇化粧品の中には金属成分を含むものがありますので、なるべく化粧はしないでください。

◇予約の取消、変更または予約時間に来院できない場合は早めにご連絡ください。



検査予約について(医療機関様へ)

(ア) 電話 (0883-64-3145) 「つるぎ町立半田病院・放射線科」にて検査枠を予約して下さい。

(イ) 検査日時を、患者様にお知らせください。

(ウ) 問診は、検査を依頼される医師が患者様とともにご記入下さい。

(エ) 診療情報提供書は貴施設の形式を使っていただいても結構です。

(オ) 診療情報提供書は事前にFAX(0883-55-4035)にてご送信をお願いします。

(カ) FAXを利用した場合でも、診療情報提供書原本は予約票・問診票とともに患者様に持たせて下さい。

(キ) 造影検査の場合は説明と問診票(4枚目)の記入・署名・捺印をお願いします。

(ク) また造影検査では検査日より3カ月以内の血液検査での腎機能(BUN・CRE)の提示をお願いします。

MRI問診票

つるぎ町立半田病院

検査日	令和	年	月	日	検査時刻		外院放射線科
氏名	様				性別	年齢	

MRI検査は強力な磁場を使用します。体内に金属がある方は、検査できない可能性があります。

事故の発生を防止して、安全に検査を受けていただくために次の質問にお答えください。

- 1) 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ はい いいえ
- 2) 現在、妊娠している。または、その可能性がありますか？ はい いいえ
- 3) 今までに何らかの手術を受けたことがありますか？ はい いいえ

手術内容【 】

- 4) 心臓ペースメーカーを装着していますか？ はい いいえ
- 5) 金属加工等により、眼窩内に金属片が入ったことがありますか？ はい いいえ

◎主治医の先生へお願い(主治医記入事項)

上記の可能性のある方は、必ずXP(Waters法)により、金属片の有無を確認してください。
下記の中に、該当する金属があれば、チェックし、その他の金属があれば記入してください。

- | | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 脳血管クリップ | <input type="checkbox"/> 人工関節 | <input type="checkbox"/> 義歯 | <input type="checkbox"/> 骨接合のための金属 |
| <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> 避妊器具 | <input type="checkbox"/> 金属製ステント |
| <input type="checkbox"/> インスリンポンプ | <input type="checkbox"/> 増毛パウダー | <input type="checkbox"/> 入墨 | <input type="checkbox"/> 入墨式アイライナー |
| <input type="checkbox"/> デンタルインプラント | <input type="checkbox"/> 蝸牛インプラント(人工内耳) | <input type="checkbox"/> シヤント | <input type="checkbox"/> その他 () |

●MRCPまたは腹部(消化管の動きがアーチファクトとなる検査)MRI検査の問診票

この検査は画質向上のため、消化管の動きを一時的に止める薬と、消化管と周りの臓器を画像上
区別しやすくする薬を使用します。下記の項目にあてはまる方は、チェックし主治医に相談してください。

- | | | |
|---|--|---|
| ・消化管の動きを一時的に止める薬について | | ・消化管と他の臓器を区別しやすくする薬について |
| <input type="checkbox"/> ブスコパンに対し過敏症の既往 | <input type="checkbox"/> グルカゴンに対し過敏症の既往 | <input type="checkbox"/> ボースデル内用液に対し過敏症の既往 |
| <input type="checkbox"/> 出血性大腸炎 | <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫およびその疑い | <input type="checkbox"/> 消化管穿孔 |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大による泌尿障害 | <input type="checkbox"/> インスリンノーマがある | <input type="checkbox"/> 水分摂取制限 |
| <input type="checkbox"/> 重篤な心疾患 | <input type="checkbox"/> 糖尿病がある | <input type="checkbox"/> 消化器の手術を受けたことがある |
| <input type="checkbox"/> 麻酔性イレウス | <input type="checkbox"/> 心疾患がある(特に高齢者) | <input type="checkbox"/> 経口抗生物質、経口抗菌剤を服用している |
| <input type="checkbox"/> 細菌性下痢 | <input type="checkbox"/> 肝硬変等、肝の糖放出能の低下がある | <input type="checkbox"/> 妊娠またはその可能性がある。授乳中である |
| <input type="checkbox"/> 緑内障 | | |

ブスコパン(筋注)..... 可 不可

ボースデル内容液..... 可 不可

グルカゴン(筋注)..... 可 不可

確認医師サイン

MRI検査について十分な説明を聞き、検査を受けることに同意します。

患者様本人または代理人

署名

印

診療情報提供書

MRI検査依頼票

ふりがな 氏名	-----	検査日	年	月	日()
------------	-------	-----	---	---	------

生年月日 大正・昭和 平成・令和	年	月	日	医療機関名	指示医師署名
------------------------	---	---	---	-------	--------

臨床診断名

病歴及び主訴

検査依頼目的

造影 要・否	撮影部位 (希望部位にチェックをして下さい。原則的に検査できる部位は一か所です。)
感染症 無・有()	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> ルーチン(MRI+頭頸MRA) <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 脳転移検索 <input type="checkbox"/> その他
体重 kg	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸部全般 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他
妊娠 無・有	<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房(左・右・両側)
読影 要・否	<input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 骨盤腔
返却 CD・フィルム フィルム返却は将来終了させていた だきますので、データによる受取の準 備をお願いします。	<input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎(番) <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢 左・右(部位) <input type="checkbox"/> 下肢 左・右(部位) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> ()

詳しい撮像範囲、希望の撮像条件、その他患者情報

MRI造影剤検査および造影剤の説明と同意書 (薬品名ガドリニウム・プロハンス・EOBプリモビスト)

患者様氏名() 様)

今回のMRI検査は造影剤を使用して行います。使用する造影剤は、ガドリニウム系造影剤と呼ばれるものです。今回の造影剤を静脈注射して検査することで、病気のより詳しい情報を得ることができます。精度の高い検査を行うには欠かせないものですが、まれに副作用が報告されています。副作用には、はきけ、むかつき、じんましんなどの軽度のものから、ショックなど重度にいたるまでの副作用が報告されています。それらの副作用が起こることはまれですが、あなたにこの造影剤を使用することにより副作用が発生することはあらかじめ予測することはできません。造影検査に当たっては、十分な注意をはらいながら検査を行い、副作用発生時にはすみやかに十分な対処ができる用意をして行います。なお、次の項目に当てはまる場合には、造影剤を慎重に投与する、もしくは使用しないで検査をする場合がありますので、検査前にお知らせください。

問 診

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがある？
 はい いいえ 不明
2. そのとき造影剤で副作用はありましたか？
 はい いいえ 不明
副作用があった方は具体的にどのような症状でしたか？ ()
 はきけ・嘔吐 じんましん めまい 呼吸苦 血圧低下 その他 ↑ 記入欄
3. 重篤な腎障害と診断されていますか？
 はい いいえ 不明
(担当医師へ他院の血液検査も含め、三ヶ月以内の腎機能をご確認ください。)
4. 気管支喘息の病歴がありますか？
 はい いいえ 不明
5. 重篤な肝臓病と診断されていますか？
 はい いいえ 不明
6. そのほかアレルギーはありますか？
 はい いいえ 不明
具体的に何ですか？
 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎 薬剤アレルギー
 食物アレルギー 食品名() その他 ()
7. 以下の病気をしたことがありますか？
 甲状腺機能亢進症 心臓病 糖尿病 副腎腫瘍 多発性骨髄腫
8. 両親兄弟に造影剤での副作用を経験した方がいる
 はい いいえ 不明
9. 両親兄弟に気管支喘息、アレルギー体質を有する方がいる
 はい いいえ 不明
10. 現在の体重はいくらありますか？
_____ kg

まれに検査終了後、時間(1~7日位)が経過してから副作用が出る場合がございます。異常がありましたら放射線科外来までご連絡ください。

つるぎ町立半田病院 放射線科 TEL0883-64-3145

造影剤使用についての同意書

病院長様

令和 年 月 日の(造影MRI)検査で使用する造影剤についての説明を、

医師 _____ から聞き、理解しました。検査および造影剤の使用について同意します。

令和 年 月 日 署名 印