

MRI・CT検査紹介状(診療情報提供書)

十全記念病院 画像診断センター担当医宛

放射線部 MRI・CT予約センター TEL 053-586-1522 FAX 053-586-6126

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名 生年月日 T・S・H 年 月 日 歳 TEL: 携帯:	性別 様 (男・女)	医療機関名 所在地 電話番号 診療科 医師氏名
---	---------------	-------------------------------------

予約日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分
------	--------------------

検査項目	MRI <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 (部位:)
	CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純+造影 (部位:)

診断及び 検査目的	
--------------	--

結果報告	<input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> フィルム
------	---

注意事項	・ペースメーカー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・体内に金属 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	・アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	・感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	・腎機能 クレアチニン値 ()	
	・その他 ()	

持参画像	<input type="checkbox"/> X線 枚 <input type="checkbox"/> MRI 枚 <input type="checkbox"/> CT 枚 <input type="checkbox"/> その他(枚)
------	---

(該当の□へ、レ点をしてください。)

MRI・CT検査予約票(患者様用)

平成 年 月 日

フリガナ	性別	医療機関名
患者氏名	様 (男・女)	所在地
生年月日 T・S・H 年 月 日 歳		電話番号
TEL:		診療科
携帯:		医師氏名

予約日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分
------	--------------------

患者様へのお願い

- ・検査当日は、予約時間の5分前までに十全記念病院総合受付までお越しいたごき、検査予約票を提出してください。
- ・検査は予約制となっております。予約時間に遅れる・来院できない場合は前日までにご連絡ください。
(十全記念病院 放射線部・検査部 MRI・CT検査予約センター TEL 053-586-1522)

当日お持ちいただくもの

- ・MRI・CT検査予約票 ・保険証 ・診察券(お持ちの方)

地図



医療法人 明徳会 **十全記念病院**
〒434-0042
静岡県浜松市浜北区小松1700
TEL 053-586-1115(代) FAX 053-586-7950
MRI・CT検査予約センター
TEL 053-586-1522

ヨード造影剤を用いる検査を受けられる方へ

1. ヨード造影剤の副作用について

今回実施する検査は“造影剤”という薬剤の注射をして行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、今後の治療に役立てます。これは安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

- ① 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などが5%以下の割合でおこります。
- ② 重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下などが0.1%以下の割合でおこります。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。
- ③ 非常にまれですが、病状・体質によっては0.001%以下の割合で死亡例が報告されています。

以前に造影剤を用いる検査を受け、副作用のなかった方でも副作用が起こる可能性があります。

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っています。もし異常だと感じたら、ためらわずすぐにおっしゃってください。

2. ヨード造影剤の禁忌について

ヨード過敏症、ヨード造影剤副作用歴、気管支喘息をお持ちの方は、重い副作用が発生する確率が高いため、基本的にヨード造影剤を使用できません。

また褐色細胞腫、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、重篤な甲状腺疾患、腎機能低下（血清クレアチニン値 2.0mg/dl 以上）、重篤な心疾患などの疾患をお持ちの方も、造影検査ができない場合があります。

以上の項目に当てはまる方、以前造影剤使用時に気分の悪くなった方は申し出てください。

3. 検査前の食事と水分補給

午前の検査は朝食を、午後の検査は昼食をとらないで下さい。また、お茶やお水で水分を補給して下さい。

4. 検査時の注意

- ① 造影剤を注射中に体全体が熱く感じるがありますが、数分で治まりますので心配ありません。
- ② 造影剤を注射中に針のところが痛い場合は、造影剤が血管外に漏れている可能性がありますので、すぐに検査担当者にお知らせください。
- ③ “気分が悪い”、“息苦しい”などの症状が現れた場合、造影剤の副作用の可能性あります。すぐに大声でお伝えください。

5. 検査後の注意

ヨード造影剤を注射した後は、水・お茶などの水分をいつもより多くとってください。造影剤が尿と一緒に速やかに排出されます。ただし、水分摂取を制限されている方は、通常通りにしてください。

まれに造影剤注射後数日たってから、蕁麻疹、むくみ、血圧低下などの副作用が現れることがあります。その際は当院へご連絡ください。

6. 授乳中の方へ

ヨード造影剤は母乳中に移行しますので、造影剤注射後 48 時間は授乳を控えてください。

7. 糖尿病薬を服用中の方へ

ビグアナイド系糖尿病薬（グリコラン・メルピン・ネルビス・メデット・メトリオン等）を服用されている方は、検査前 48 時間・検査後 48 時間お薬を服用しないでください。

ヨード造影剤検査問診表・同意書

ID _____ 氏名 _____ 様 体重()kg

1. 今までに造影剤を使った検査をしたことがありますか。
 なし→3へ
 あり→2へ
2. ありと答えられた方へ、造影剤で副作用が起きたことがありますか。
 なし
 あり：じんましん、発赤、くしゃみ、あくび、吐き気、嘔吐、その他（ ）
3. 今まで薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか。
 なし
 あり：薬剤名（ ） 食品名（ ）
4. 今までに喘息といわれたことがありますか。
 なし
 あり
5. 今までに次の病気にかかったことがありますか。
 なし
 あり：心臓病、高血圧、腎臓病、甲状腺疾患
6. 現在、糖尿病の薬を飲んでいますか。
 なし
 あり：薬剤名（ ）

10. (女性のみ)

現在、妊娠していますか なし あり

現在、授乳していますか なし あり

※造影剤は母乳中に移行しますので、造影剤注射後24時間は授乳を控えて下さい。

検査の必要性と内容について十分理解し、緊急時に際しても医師の判断で必要なすべての処置を受けることに同意します。

平成 年 月 日 患者氏名(署名) _____

本人が意思表示できない場合 代理人(署名) _____

平成 年 月 日 依頼医師(署名) _____