

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ぎ、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

MR I 検査を受けられる方へ

- 予約時間の 15 分前までに来院してください。
- 予約日時に来られないときは、お早めにご連絡ください。
予約時間に遅れますと検査を受けられない場合があります。

< 検査室入室に際してのご注意 >

MR I は強い磁場を利用して検査をしますので、次の注意事項を守って下さい。

- 補聴器、携帯電話、腕時計、万歩計、電卓、その他電子機器、磁気カード（診察券、キャッシュカード、ICカード型の定期券等）などは、故障やメモリの消去などが起こりますので、絶対に持ち込まないようにお願いします。
- 次のような金属製の物は、画像に影響を与えますので、身につけたり持ち込まないようにして下さい。
装飾貴金属類（ネックレス・ピアス・指輪等）、ヘアピン、鍵、ライター、ベルト、安全ピン
金属付き下着（コルセット・ブラジャー等）、カイロ、かつら、義手・義足、眼鏡
- 湿布薬、エレキバン、鍼灸院の針テープ、心臓病やぜん息のテープ類（ニトロダームTTS、ホクナリン等）は取り除いていただきます。
- マスカラやアイシャドウ等の化粧品の中には、顔料として金属を含んでいるものがあります。検査当日の化粧は控えるようにして下さい。
- カラーコンタクトレンズの中には金属を含んでいるものがあります。検査当日は外していただきますので、保存液等をご用意ください。

< 検査前の絶飲食等について >

- 腹部の検査の方：4時間前より絶食してください。水は飲んでも構いません
- 骨盤の検査の方：4時間前より絶食してください。水は飲んでも構いません。
1時間前よりお小水を貯めてください。
- MRCP検査の方：6時間前より絶飲食してください。
- 造影検査の方：4時間前より絶食してください。水は飲んでも構いません。

MR I 造影検査を受けられる方へ

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。

<MR I 造影剤の禁忌について>

造影剤の副作用歴、気管支喘息、重篤な肝・腎障害のある方は原則造影として検査を受けられません。

<検査時の注意事項>

MR I 造影剤は安全性にすぐれた薬剤ですが、検査中に吐き気・かゆみ・発疹などの副作用が起きることがあります。またきわめて稀に、血圧低下やショックなどの重篤な副作用が起きることがありますが、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下さい。

<検査後の注意事項>

- ・造影剤を注射した後は、水や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、通常通りして下さい。
- ・まれに検査終了後に時間がたってから、発疹などの副作用が現れることがあります。その際は当院にご連絡下さい。
- ・MR I 造影剤は母乳中に移行しますので、造影検査後24時間は授乳を控えて下さい。

造影MRI検査問診表・同意書

ID _____ 氏名 _____ 様 体重()kg

1. 下記の項目に該当ありの場合、原則としてMRI検査は受けられません。

- 心臓ペースメーカー、除細動器 (あり ・ なし)
- 人工内耳、人工耳小骨 (あり ・ なし)
- 神経刺激装置、骨成長刺激装置 (あり ・ なし)
- スワンガンツカテーテル（肺動脈カテーテル） (あり ・ なし)
- 眼球内金属粉塵 (あり ・ なし)
- 磁石で固定するタイプの義眼、義歯 (あり ・ なし)
- その他の体内電子機器部品 () (あり ・ なし)

2. 下記の項目に該当ありの場合は、MRI検査が可能か必ず確認して下さい。

- 脳動脈瘤クリップ (あり ・ なし)
- 心臓人工弁 (あり ・ なし)
- 血管内のステント、コイル、フィルター (あり ・ なし)
※挿入後6週間以内は原則検査を行えません
- 人工骨頭、人工関節、骨折治療用金属 (あり ・ なし)
- 外傷などによる体内鉄粉（弾丸や鉄片等） (あり ・ なし)
- その他の体内金属 () (あり ・ なし)

➡ 該当ありの場合 (安全性確認 ・ 安全性不明)

- 3. 閉所恐怖症はありますか。 (あり ・ なし)
- 4. 過去にMRIの検査をしたことがありますか。 (あり ・ なし)
- 5. (女性のみ) 妊娠している、または妊娠の可能性がありますか。 (あり ・ なし)
※器官形成期にあたる妊娠13週までは、MRI検査は実施できません
- 6. 入れ墨（アートメイク含む）はありますか。 (あり ・ なし)
※やけど、発赤、熱感、退色などの可能性があります。
- 7. 喘息で治療をしていますか。 (あり ・ なし)
- 8. 過去に造影検査を受けて副作用が出たことがありますか。 (あり ・ なし)
- 9. 薬・注射・食物アレルギーはありますか。 (あり ・ なし)
- 10. (女性のみ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)
※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) _____