

F a x M R I ・ C T 撮影依頼

年 月 日

柏たなか病院

医療機関名： _____

医療連携室 宛て

担当医師： _____

FAX：04-7131-5696

TEL：04-7131-2000

依 頼 内 容	
ふりがな 患者氏名： 様 男・女	生年月日 T・S・H・R 年 月 日生
病 名	
症 状	
検査目的	
読 影	要 ・ 不要
検査項目	MRI (造影有・無) / 検査部位 () (3T ・ 1.5T) CT (造影有・無) / 検査部位 ()
検査予約日時	; 年 月 日 時 分

- * 検査予約時間の30分前に受付を済ませてください。
- * MRI検査の方は、事前調査票の記入をお願いします。
- * 造影剤使用の検査予定の方は、造影検査事前調査表の記入をお願いします。

当院記入欄 (当院ID: _____)
<input type="checkbox"/> 診察予約 <input type="checkbox"/> 医師オーダー <input type="checkbox"/> CD-R依頼 <input type="checkbox"/> 読影依頼

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

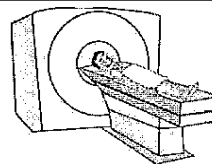
MR I (MRCP)検査を受けられる方へ

患者番号：

様

あなたの検査日時は、_____から の予定です。
検査当日は、受付を済ませ開始予定の30分前までに1Fで受付を済ませて
放射線科受付にいらしてください。
※緊急検査等により検査時間が前後する場合がありますので、ご了承ください。

MR I 検査は、強い磁気を用いて体内の構造を調べる検査です。痛みや放射線被曝の心配がない安全な検査ですので、安心して検査をお受けください。



1. 検査前のご注意

- 磁気を用いる検査ですので、所持品を持ち込まれると破損したり、画像に影響を与えたりします。検査室には以下の持ち込みはできません。予め必ずしておいてください。
 - ・ 磁気カード …… キャッシュカード、クレジットカード、診察券、テレホンカード、JR・地下鉄等のパスカード、その他磁気カード類
 - ・ 精密機器 …… 携帯電話、時計、補聴器等
 - ・ 金属類 …… 義歯、眼鏡、財布、鍵、ライター、ボールペン、カイロ、ヘアピン、アクセサリ等
- ボタンや金属のついた服や下着（ブラジャー等）は着用を控えていただくか、着替えていただく準備をお願いします。また、湿布や禁煙貼り薬、エレキバン等も必ずしておいてください。ファンデーションやマスカラ、つけ爪、カラーコンタクトなどには鉄分が含まれている場合がありますので、お控えください。
- 妊娠している方または可能性のある方・刺青・閉所恐怖症の方は事前に医師または看護師へ必ずお知らせください。
- 鉄剤をお飲みの方は医師に必ずお知らせください。
- 以前MRCPの検査にてマンガン系の造影剤で具合が悪くなった方は必ず医師にお知らせください。

2. 検査中のお願い

- 検査前にボーステル(透明の液体)造影剤(250ml)を飲んでいただきます。
- ベッドに仰向けに寝て、体の力をぬいてリラックスしてください。
- 検査時間は約30～60分程度です。
- 検査中は痛みをとまいませんので、体を動かさないでください。
- 検査中にトントンという大きな音がしますが、信号の切り替え時に出る音ですので、ご安心ください。
- 検査の中には息を止めて撮影する検査がありますので、指示に合わせて息を止めてください。息を止めてください。

3. 検査後のお願い

- 検査後に下痢や腹痛などの症状がおきましたら、担当医までご連絡ください

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

柏たなか病院 〒277-0803 千葉県柏市小青田一丁目3番地2
電話番号 04-7131-2000 (代表) FAX 04-7131-2200

MRI検査 事前調査表

年 月 日

お名前 _____ 男・女

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 (才)

今回の検査を行うにあたり、今日までのあなたの体の状態を教えてください、
ご協力ください。次の質問の該当する項目をチェックして下さい。
わかりにくい箇所がありましたら担当医師または看護師に聞いてください。

1. MRIの検査は、以前にも受けたことがありますか・・・はい・いいえ
いつ頃 [_____] ところで [_____]

2. 下記に該当している。もしくは、該当している可能性はありますか・はい・いいえ

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 体内に金属が入っている。 |
| <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ | (人工関節・針灸・目に金属片が入っている) |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳 | <input type="checkbox"/> MRI対応でない体外固定器具 |
| <input type="checkbox"/> 磁石付入れ歯 | <input type="checkbox"/> 刺青 (顔面も含みます) |
| <input type="checkbox"/> 金属製心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性 |
| <input type="checkbox"/> 閉所恐怖症 | |
| <input type="checkbox"/> シャント (脳外科で施術したもの) | |

3. 本日は下記のようなものを使用または、身に着けていますか。・・・はいいいえ
該当する場合は、危険な事故の可能性があるので、必ず身体から外してください。

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入れ歯 | <input type="checkbox"/> 補聴器 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤パッチ [ニコチンパッチ・ニトログリセリン・エストロゲンなど] | |
| <input type="checkbox"/> マスカラなどのアイメイクやマニキュア・つけ爪・コンタクトレンズ類など | |
| 金属を含有する物 | |
| <input type="checkbox"/> 貴金属・アクセサリ類 [時計・ネックレス・ピアス・イヤリング・ブレスレット
ヘアピン・ヘアピース (カツラ) など] | |
| <input type="checkbox"/> 金属製品 [ボタン・ファスナー・ライター・鍵・眼鏡など] | |
| <input type="checkbox"/> 精密機械 [携帯電話・時計など] | |
| <input type="checkbox"/> カード類 [クレジットカード・キャッシュカード・駐車券・定期券など] | |
| <input type="checkbox"/> その他、気になるものがありましたら記入してください [_____] | |

4. 検査当日に記入してください。本日は下記のようなものを身につけていますか。・・・はいいいえ
該当する場合は、危険な事故の可能性があるので、必ず身体から外してください。

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入れ歯 | <input type="checkbox"/> 補聴器 |
| <input type="checkbox"/> 薬剤パッチ [ニコチンパッチ・ニトログリセリン・エストロゲンなど] | |
| <input type="checkbox"/> マスカラなどのアイメイクやマニキュア・つけ爪・コンタクトレンズ類など | |
| 金属を含有する物 | |
| <input type="checkbox"/> 貴金属・アクセサリ類 [時計・ネックレス・ピアス・イヤリング・ブレスレット
ヘアピン・ヘアピース (カツラ) など] | |
| <input type="checkbox"/> 金属製品 [ボタン・ファスナー・ライター・鍵・眼鏡など] | |
| <input type="checkbox"/> 精密機械 [携帯電話・時計など] | |
| <input type="checkbox"/> カード類 [クレジットカード・キャッシュカード・駐車券・定期券など] | |
| <input type="checkbox"/> その他、気になるものがありましたら記入してください [_____] | |

柏たなか病院 〒277-0803 千葉県柏市小青田一丁目3番地2
電話番号 04-7131-2000 (代表) FAX 04-7131-2200

MRI入室時チェック表

この表はスタッフ用です	看護師又はクラーク サイン	看護師又はクラーク サイン	放射線技師 サイン
点滴台	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
酸素ボンベ	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
ストレッチャー	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
車椅子	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
酸素ボンベ台車	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
歩行器	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
体温計	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
血圧計	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
電極類	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
パルスオキシメーター	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
膿ぼん	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
医療機器	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
サーモフレクト毛布	有 ・ 無	無 ・ 除去	無 ・ 除去
金属探知機による精査			
○付き添い職員のチェック			
聴診器	無 ・ 除去	無 ・ 除去	無 ・ 除去
ヘアピン・アクセサリ	無 ・ 除去	無 ・ 除去	無 ・ 除去
筆記用具	無 ・ 除去	無 ・ 除去	無 ・ 除去
貴重品	無 ・ 除去	無 ・ 除去	無 ・ 除去
名札	無 ・ 除去	無 ・ 除去	無 ・ 除去
時計・金属類	無 ・ 除去	無 ・ 除去	無 ・ 除去
金属探知機による精査		反応無	反応無
○関係書類			
事前調査票等関係書類	有	有	有

MRI造影検査説明書

1. 造影剤について

造影剤とは経口で飲むものと血管に注射して血管やいろいろな臓器を見やすくするものがあり、病気の状態を判断するには大変有用な検査薬です。MRIではガドリウム系造影剤とマンガン系造影剤（経口）を使用しますがいずれも極めて安全な検査薬で健康な方では、ガドリウム系造影剤は12～24時間以内に腎臓から尿中に排泄されます。（マンガン系造影剤は48時間以内に糞中に88%）

2. 造影剤の副作用と合併症について

ガドリウム系造影剤の副作用として注入直後から数分以内に生ずる即時型と、注入から1時間～数日後に発生する遅延型があります。全体の0.5%（1000人に5人）に何らかの副作用の出現が報告されていますが、多くのものは熱感、かゆみ、発赤、蕁麻疹、咳、くしゃみ、嘔気、嘔吐などの軽度のもので治療を必要としません。時に冷や汗、血圧低下、呼吸困難、ショックなどの重篤な副作用も出現しますが、その頻度は0.1～0.01%（1000人に1人）です。極めて稀に（25～30万人に1人）重篤なショック後、死亡する報告もあります。腎性全身性線維症とまれに死に到る重い病気になる事があります。

3. 緊急時の対応について

上記の副作用や合併症などを生じた場合には、担当の医師、スタッフが対応致します。必要な医薬品や救急用の医療器具も用意してあります。重篤な副作用が発現した場合に他科の医師も応援して対処致します。

4. 検査前に教えて頂きたいこと

現在のところ、副作用の発現について予測する確実な方法はありません。副作用発現の危険因子として造影剤副作用歴、アレルギー歴（特に喘息）、心臓疾患などがありますので担当医師にお知らせください。

5. 検査前の前処置について

造影検査を受ける場合は、検査直前の食事（午前は朝食、午後は昼食）を止めて頂き、水分に関しての制限はありませんが検査前は水やお茶などとし、ヨーグルト、牛乳など乳製品・鉄剤・鉄サプリメントは避けて下さい。ただし腹部造影MRIの検査では4時間前から水分禁止です。お薬は飲用・服用して構いません。造影検査を受ける場合は、検査直前の食事（午前は朝食、午後は昼食）を止めて頂きます。

6. 検査後の生活について

造影検査後はいつもより多めに水分摂取を心掛けて下さい。お食事は通常通りの食事をされて結構です。時として1時間～数日後に発疹、悪心、めまい、胸中苦悶感などが出現する事があります。これらの症状が出現した場合はご連絡下さい。

7. その他

稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴う事があります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせ下さい。

- * 妊婦または妊娠している可能性のある方は申し出てください
- * この説明書はご本人が保管してください。

柏たなか病院 〒277-0803 千葉県柏市小青田一丁目3番地2
電話番号 04-7131-2000 (代表) FAX 04-7131-2200

I D :
氏名 :

MRI造影検査問診票兼同意書

MRI造影検査を行うにあたり

次の質問に該当する項目を□にチェック☑してください。

1. 以前にMRI造影検査を受けたことがありますか? [はい□・いいえ□]
2. 今まで造影剤を使用した検査で、気分が悪くなった、発疹がでた、などの副作用が出たことがある方は、その内容をお書きください。
いつ頃 [検査中□・検査後□・数時間後□・その他□]
症 状 []
3. 本人・両親・兄弟で気管支喘息・アレルギー体質の人がいますか? . . . [はい□・いいえ□]
該当者 [本人□・両親□・兄弟□]
アレルギー名 [気管支喘息□・ガドリウム□・その他□ ()]
4. 今までに薬・注射で気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか? [はい□・いいえ□]
薬品名・症状 []
5. 現在 服用中の薬がある。 [はい□・いいえ□]
薬品名 []
6. 現在 下記のような疾患がある。 [はい□・いいえ□]
※該当する方は、該当するものにチェック☑をつけてください。
[心臓□・腎臓□・甲状腺□・肝臓□・その他□ ()]
7. 現在、妊娠または、授乳をしている。 [はい□・いいえ□]
8. この他に、何かご不明の点などがありましたらご記入下さい。

私は目的と方法、危険性について医師による説明を受け、柏たなか病院でMRI造影検査を受けることを了承しました。

年 月 日

本人氏名または氏名代筆 _____ (才) 男・女 体重 _____ kg

代理人署名 _____

造影剤使用 (可□ ・ 不可□) _____ 医師サイン _____

以下は検査当日

9. 本日、上記の質問で変更または追加する項目はなく、特に体調に問題はありません。
[はい□・いいえ□]

柏たなか病院 〒277-0803 千葉県柏市小青田一丁目3番地2
電話番号 04-7131-2000 (代表) FAX 04-7131-2200