

MRI予約票(患者様用)

ふりがな 氏名	-----	検査日	月	日()
生年月日	M・T・S・H 年 月 日	検査開始予定時刻	午前・午後	時 分より
	性別 男女			

MRI検査のご案内

- ①紹介患者様はこの予約票と紹介状と問診票と保険証を持って、予定開始時刻の20分前には、「つるぎ町立半田病院 総合受付」までお越しください。
- ②時間に遅れた場合、検査ができないことがあります。
- ③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。
- ④MRI室内は強い磁場になっていますので、身につけている金属類・機械類・磁気カード類は更衣室内で外していただきます。

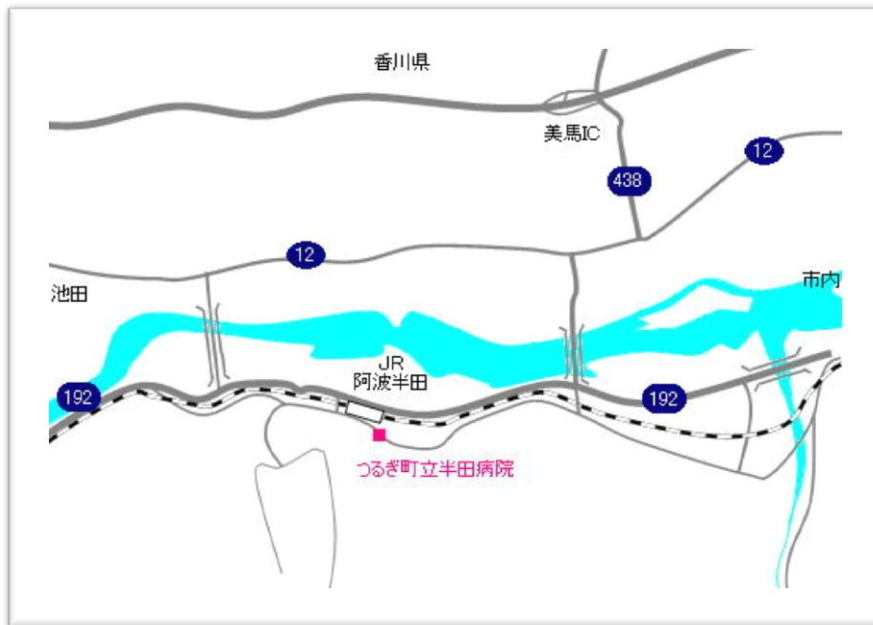
金属類...お金・鍵・ヘアピン・金属の付いている下着・カイロ・入れ歯・眼鏡・イヤリング・ネックレス・ピアス・エレキバンなど

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・キャッシュカード・プリペイドカードなど

その他...シップ・かつらなど

- ⑤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。
- ⑥コンタクトレンズは外していただきます。
- ⑦予約の取消、変更または予約時間に来院できない場合は必ず早めにご連絡ください。
- ⑧検査内容や救急患者様の優先により、検査開始時間が前後する場合があります。ご理解とご協力をお願い致します。
- ⑨検査前を絶食にする検査は全造影検査・非造影腹部検査・非造影骨盤検査です。(絶食時でも血圧の薬はお飲み下さい。)



検査予約について(医療機関様へ)

- (ア)電話にて「つるぎ町立半田病院・放射線科」0883-64-3145又は0883-64-3317にて予約して下さい。
- (イ)日時が決まりましたら、患者様に検査案内と検査日時をお知らせください。
- (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)依頼票はFAX(0883-55-4035)にご送信するか、患者様に持たせて下さい。
- (オ)(FAXを利用した場合、依頼票は貴医療機関にて保存して下さい。)
- (カ)予約票は患者様に渡して下さい。
- (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)また造影検査では血液検査での検査日より3カ月以内の腎機能(BUN・CRE)の提示をお願いします。

MRI問診票

(医療連携用)

患者様氏名	検査日時	年	月	日
-------	------	---	---	---

MRI検査は磁石と電波を利用して、体内に最も多く存在するプロトン(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ています。MRIの特徴は、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良好なコントラスト(識別能)で描出することが可能な事です。強力な磁石と電波を使用する為、検査中、磁場の関係で大きな音がしますが、人体に害はありません。

この検査は、放射線被ばくがなく、筒状の検査台の中で寝ているだけです。手術等により体内に機械や金属が存在する場合、それらが移動や発熱の可能性があります。不慮の事故が起こる恐れがあります。検査を安全に受けていただくために下記の質問にお答え、して下さい。

下記の(※)の質問に該当する方はMRI検査禁忌です。

重度の閉所恐怖症や痛みで静止していることが困難な状態では、検査が行えない場合があります。撮影中、体を動かしてしまいますと画像がブレてしまい、診断が困難になる場合がありますので、動かないようお願いいたします。

MRI検査について (下記のものに該当するものがあればして下さい)

- 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ はい・いいえ
- 30分程度、寝た状態で静止を保てますか？ はい・いいえ
- てんかん 有・無
- 閉所恐怖症 有・無

体内金属について (下記のものに該当するものがあればして下さい)

- 心臓ペースメーカー(※) 有・無
- 脳血管クリップ(※) 有・無
- 人工内耳(※) 有・無

- 事故、戦争、怪我などによる体内金属 どこに(部位) 何が
- 手術による体内金属 どこに(部位)
- 金属製ステント どこに(部位)

- 経皮吸収ニトログリセリン製剤 経皮吸収ニコチン製剤

- 磁石で固定するタイプの差し歯

- 心臓人工弁 電極 義歯 補聴器
- インスリンポンプ 鼓室形成術 義眼 避妊器具
- シャント 蝸牛インプラント 義手、義足 コンタクトレンズ

刺青等について(やけど、発赤、熱感、退色などの可能性があります。)

- 刺青 有・無
- 美容刺青(パーマネントアイライン等) 有・無

女性の方のみお答えください。(妊娠・胎児に関するMRI検査の安全性が確認されていません。)

- 現在妊娠している可能性がありますか？ 有・無

●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(ブスコパン)と、消化管と周りの臓器を画像上区別しやすくする薬(ボースデル内用液)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

- ブスコパンに対し過敏症の既往
- 出血大腸炎
- 前立腺肥大による排尿障害
- 重篤な心疾患
- 麻痺性イレウス
- 細菌性下痢 緑内障

・消化管と他の臓器を区別しやすくする薬について

- ボースデル内用液に対し過敏症の既往
- 消化管穿孔
- 水分摂取制限
- 消化器の手術を受けたことがある
- 経口抗生物質、経口抗菌剤を服用している
- 妊娠またはその可能性がある。授乳中である。

依頼される医師が記入して下さい

MRI撮影の前処置としてブスコパン(筋注)…可・否 ボースデル内容液(服用)…可・否

確認医師署名

私は、医師から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。 同意しません。

患者様本人または代理人 署名 印

MRI検査依頼票

診療情報提供書

ふりがな 氏名	-----	検査日	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
	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 乳房(左・右・両側)	
妊娠 無・有	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 骨盤腔
読影 要・否	<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)	
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"/> 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

(薬品名オムニスキャン・プロハンス・EOBブリモビスト)

患者様氏名() 様) MRI検査日 年 月 日

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ことが報告されている。異常がありましたら放射線科外来、各科外来までご連絡ください。

説明医師署名

造影剤使用についての同意書

病院長様

私は、造影MRI検査で使用する造影剤についての説明を、上記の医師から聞き、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。 同意しません。

年 月 日 署名(本人もしくは代理人) 印