

社会保険 直方病院 MRI 検査 申込用紙

TEL 0949-22-1215 FAX 0949-24-1302

ご紹介医療機関

医療機関名

医師名

電話番号

患者情報

氏名

生年月日 明 大 昭 平 年 月 日

性別 男 女

検査予定日 年 月 日 時 分

当てはまる項目に"○"して下さい

検査の際に必要となりますので、記入して下さい

妊娠(+ - - ・未検査) HBV(+ - - ・未検査) HCV(+ - - ・未検査)

身長 体重

MRSA(+ - - ・未検査) HIV(+ - - ・未検査) その他()

cm kg

撮影方法	☐ 単純				
	☐ 造影	Cr値	mg/dl	BUN値	mg/dl
	造影検査の場合は、Cr、BUN数値を記入して下さい		採血日	年	月 日

撮影部位	頭部	☐ 頭部 + MRA	☐ 頭部 + VSRAD	通常撮影以外の指示	具体的に部位等の撮影内容を記入して下さい	
	頸部	☐ 頸部	☐ 頸部MRA			
	胸部	☐ 肺 ☐ 縦隔				
	腹部	☐ 腹部 (肝・胆・膵・脾・腎) ☐ 骨盤部 (膀胱・子宮・卵巣・前立腺)				
	脊椎 骨盤	☐ 頸椎 ☐ 胸椎 ☐ 腰椎 ☐ 仙尾骨 ☐ 骨盤				
	四肢	右 / 左	☐ 上肢 (肩関節・肘関節・手関節・手部) ☐ 下肢 (股関節・膝関節・足関節・足部)			
	その他	☐ MRCP				

検査目的

今回の検査について患者様に同意を得られていますか？ ☐ はい 同意されています

※直方病院の問診内容によっては、検査内容が変更又は中止することがあります

・検査当日は、この申込用紙を総合受付まで持ってきて下さい。

MRI・MRCP検査 説明書

MRI検査とは、トンネル状の磁石の中に入って行う検査です。通常、上を向いた状態(仰向け)で検査を行います(検査内容によって異なります)。検査中に大きな音がしますが、これは装置の性質上のもので痛みを伴うことはありません。また、磁気と電波を使用して検査を行いますので、放射線による被ばくはありません。MRI検査を安心して受けていただくための注意事項をご説明致します。

《注意事項》

1. 検査当日は食事をしていただいて構いません。ただし、医師からの指示があった場合は食事を控えていただく場合があります。
2. 服用中のお薬は、医師からの指示がない限り通常どおり服用してください。
3. 検査室内への金属類の持ち込みは厳禁となっています。

例) ヘアアクセサリー(ヘアピン、かつら)、眼鏡、コンタクトレンズ、義眼、補聴器、
装飾品(イヤリング、ピアス、ネックレス)、入れ歯(取り外し可能な義歯)、
下着(ブラジャー、スリップ、ガードル)、時計、指輪、カギ、ライター、携帯電話、
財布(硬貨、定期券、キャッシュカード、テレホンカード)、使い捨てカイロ、湿布、
ピップエレキバンなど

※ 化粧品の中には微量に金属成分を含んでいるものもあるため、検査内容によっては化粧を落としていただく場合もあります。

4. 次のような方は検査ができない場合もありますので、必ず事前にお知らせください。
 - ◇ 手術を受けられた方で、脳動脈瘤クリップや人工関節などの金属が体内にある方
 - ◇ 仰向けの姿勢が取れない方
 - ◇ 刺青、アートメイク(タトゥー)をされている方(火傷の可能性があるので)
 - ◇ 狭い所、暗い所が苦手な方
 - ◇ 現在妊娠している、またはその可能性がある方
5. 検査時間は目的や検査部位により異なりますが、通常30分くらいです。
6. 検査中は体を動かさないようにしてください。
7. 検査中に気分が悪くなった時などは、検査開始時にブザーをお渡ししますのでブザーにてお知らせください。
8. 検査予約時間を厳守するよう最大限の努力をしておりますが、緊急検査や装置の事情により、検査が遅れることや、順番が前後することがあります。あらかじめご了承ください。

ご不明な点がございましたら、主治医または看護師・検査を担当する放射線技師にお尋ねください。

年 月 日 時に上記のとおり説明しました。

説明医師 _____

MRI・MRCP検査 問診票

◎ MRI検査を安全に受けていただくために、下記の該当する項目について記入をお願い致します。

- | | | | |
|----|-----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 問1 | 以前に当院または他の医療機関でMRI検査を受けたことがありますか？ | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 問2 | 仰向けの(上を向いた)状態で30分程度姿勢を保持できますか？ | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 問3 | 心臓ペースメーカー、埋め込み式除細動器を使用していますか？ | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 問4 | 手術を受けたことがありますか？ | ☐ はい | ☐ いいえ |

問4で「はい」と回答された方へ

- ・ 脳動脈瘤クリップ、ステント等の医療用金属が体内に入っていますか？ ☐ はい ☐ いいえ
- ・ 人工関節等の金属が体内にありますか？ ☐ はい ☐ いいえ
- ・ 義眼等を使用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ
- ・ 人工内耳等を使用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ
- ・ 持続注入器、その他の電子機器を使用していますか？ ☐ はい ☐ いいえ

- | | | | |
|----|----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 問5 | 旋盤などで金属を加工する職業に就いていますか？ | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 問6 | 刺青、アートメイク、ネイルアート等を施していますか？ | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 問7 | 金属片が体内に残っていますか？ | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 問8 | 針治療における体内針がありますか？ | ☐ はい | ☐ いいえ |

問9 女性の方のみお答えください。

- ・ 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

※ 妊娠の可能性がある場合は、検査を延期または中止する可能性があることをご承知ください。

- ・ 現在授乳中ですか？ ☐ はい ☐ いいえ

- 問10 MRCP検査の方のみお答えください。

鉄過敏症(ヘモクロマトーシス)、鉄過敏症等の病気にかかっていますか？ ☐ はい ☐ いいえ

- 問11 検査に必要なため身長・体重を記入してください。

身長 cm 体重 kg

MRI・MRCP検査 同意書

社会保険 直方病院 院長 殿

該当する項目にチェックしてください。

- ☐ 私は、MRI検査について説明を受け、検査担当者の指示に従い検査を受けることに同意致します。また、問診票の記載に相違ありません。
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

- ☐ 私は、MRI検査について説明を受けましたが、MRI検査を受けることを拒否致します。

同意書は体調に特別な変化がない限り、3ヶ月間有効とさせていただきます。

年 月 日 署名 患者名

同意人(要保護者・未成年者の場合) 続柄()

造影検査 説明書

患 者
番 号

氏 名

今回実施する検査は、“造影剤”を使用して行う予定です。
造影剤を用いることにより、情報量が多く精度の高い診断が可能となります。
また、造影剤を使用しなくても検査は行えますが、十分な診断が出来ない場合があります。

《造影剤の副作用の種類》

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用を起こす場合があります。

主な副作用には次のようなものがあります。

● ヨード造影剤(CT・尿路・胆のう・胆管などの造影検査で使用)

1. 軽い副作用：発疹、吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、蕁麻疹などで一過性が多く、基本的に治療を要しません。
このような副作用の発生する割合は、約100人に4人程度です。
2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などがあり、通常は治療が必要で、入院や手術を行うこともあります。
また、まれに後遺症が残る可能性もあります。
このような副作用の発生する割合は、約1,000人に1人程度です。
3. 症状・体質によっては約10～20万人に1人の割合で、死亡する可能性もあります。

● ガドリニウム造影剤(造影MRI検査で使用)

4. 副作用の発生する割合は、ヨード造影剤(上記1～3)のさらに半分程度とされています。
5. 重度の腎障害($GFR < 60\text{mL}/\text{min}/1.73\text{m}^2$)のある方は、腎性全身性線維症(NSF)と呼ばれる病気を生じる可能性があります。

アレルギー体質、喘息の既往のある方にはこれらの副作用の発生する割合が高くなります。
造影剤の多くは腎臓から排泄されるため、腎機能の悪い方ではさらに悪化させる可能性があります。
造影剤を使用できない場合があります。
重篤な副作用の発生する割合は、非常にまれといえる数字ではありますが、決して100%安全な検査ではないことをご承知ください。

《検査室において造影剤を注射するときには》

1. 注入直後、体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
2. 勢いよく造影剤を注入するため、血管外に造影剤が漏れる場合があります。
この際、注射した部位が腫れて、痛みを伴うこともあります。
基本的には、時間が経てば体内に吸収されるので心配ありません。
非常にまれですが、漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となる場合もあります。

当院では、万が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。
異常が現れた場合はご遠慮なく、すぐにお申し出ください。
もし副作用が発生した場合、最善の処置をいたします。

年 月 日 時 に上記のとおり説明しました。

社会保険 直方病院 説明医師

造影検査 問診票

造影剤を使用する判断は、検査内容、病状及びこれから記入していただく問診票により、主治医又は検査担当医師が行いますので、ご了承ください。

以下の該当する項目にチェックしてください。

※設問中に「あり」を選ばれた方は、記載された項目を○で囲むかあるいは()の中に具体的な記入をしてください。

《造影剤問診票(共通項目)》

- 問1 今まで、造影剤(注射、点滴、内服)を用いた検査を受けたことがありますか？
□なし □あり： 造影CT、胆のう・胆管造影、血管造影、尿路造影、造影MRI
- 問2 その時、副作用はありましたか？
□なし □あり： 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他()
- 問3 今までに喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか？
□なし □あり： 治療中、治療していない
- 問4 アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
□なし □あり： 蕁麻疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、その他(病名、薬剤名、食品名)
- 問5 現在透析中ですか、または腎臓の働きが悪いと言われたことはありますか？
□なし □あり： 無尿、腎不全
- 問6 女性の方のみお答えください。
□なし □あり： 現在妊娠していますか、またはその可能性はありますか？
□なし □あり： 授乳中ですか？
- ヨード造影剤(CT・尿路・胆のう・胆管などの造影検査で使用)
- 問7 現在何かの病気にかかっていますか？
□なし □あり： 褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症、多発性骨髄腫、テタニー、マクロブリン血症、糖尿病、その他(病名)
- 問8 ビグアイド系糖尿病薬(メトグルコ、メルビンなど)を内服していますか？
□なし □あり
- ※ヨード造影剤使用時は中止が必要です。使用後も48時間は再開しないでください。
- ガドリニウム造影剤(造影MRI検査で使用)
- 問9 現在何かの病気にかかっていますか？
□なし □あり： (病名)
- 問10 肝臓移植を受けたことがありますか、または待機中ですか？
□なし □あり： (時期)

造影検査 同意書

社会保険 直方病院 院長 殿

該当する項目にチェックしてください。

- ☐ 私は、造影検査について説明を受け、検査を受けることに同意いたします。
また、緊急的処置が必要となった場合にも、適切に処置されることに同意いたします。
問診票の記載には相違ありません。
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

☐ 私は、造影検査について説明を受けましたが、検査を受けることを拒否いたします。
同意書は体調に特別な変化がない限り、3ヶ月間有効とさせていただきます。

年 月 日 署名 患者名 _____

同意人 _____ 続柄()

(要保護者・未成年者の場合)

社会保険直方病院