

# MR I 検査を受けられる方へ (患者さま用)

予定日 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分～

紹介患者情報 ふりがな 氏名 様 男・女 生年月日 年 月 日		紹介元医療機関名及び紹介医氏名 施設名： 医師名： 連絡先：	
造影剤の使用 無(単純MRI)・有(造影MRI) ※造影MRI：必須項目の記載をお願いします。 ※妊娠中の方への造影剤投与は不可です。		検査を安全に施行する為、必ず記入をお願いします。	
検査内容 <input type="checkbox"/> 頭部(MRI・MRA・VSRAD) <input type="checkbox"/> 上腹部(ルーチン・MRCP) <input type="checkbox"/> 下腹部(ルーチン) <input type="checkbox"/> 非造影MRA(部位： <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 整形領域(右・左 関節) <input type="checkbox"/> その他( )		MRI検査受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(当院・他院 ) 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(MRI禁忌) 可変圧式バルブ付シャント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(MRI禁忌) 体内金属(原則禁) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありだが検査可能 ( ) 入れ墨(原則禁) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありだが検査を行うことを了承済み ※火傷の危険があります。	
		その他申し送り	

## ～お食事について～

上腹部・下腹部の検査を受けられる方は、検査3時間前の絶飲食をお願いします。該当しない方は食事制限ありません。

\*MR I 検査は強力な磁場を使用して体内の特定部位を撮影する検査です。

\*検査中、物を打つような音(金属音)がしますが心配はありません。

\*ドームの中に入る検査なので、閉所が苦手な場合は申し出てください。

\*検査中は安静にしたまま横になっていただきます。検査内容によっては長時間になる場合があります。(検査時間については当日担当技師にご確認ください。)

\*補聴器、入歯、腕時計、携帯電話、磁気カード、カラーコンタクトなど検査室に持ち込むと使用できなくなる物があります。(検査時に担当技師から外していただく様に指示がある場合はご協力をお願いします。)

\*検査時は安全面より着替えをお願いします。ご協力をお願いします。

## ～検査当日～

\*この用紙と渡された書類一式と保険証をお持ちいただき、あすかい病院南館1階の総合受付にお越しください。(検査予定時刻の20分前までに受付をお済ませください)

## ～その他～

\*検査日等の変更・キャンセルは下記までご連絡ください。

■検査前日：紹介元医療機関 ■検査当日→あすかい病院代表(075-701-6111)

\*検査についてご不明な点がございましたら、あすかい病院代表にご連絡ください。

公益社団法人 信和会

## 京都民医連あすかい病院

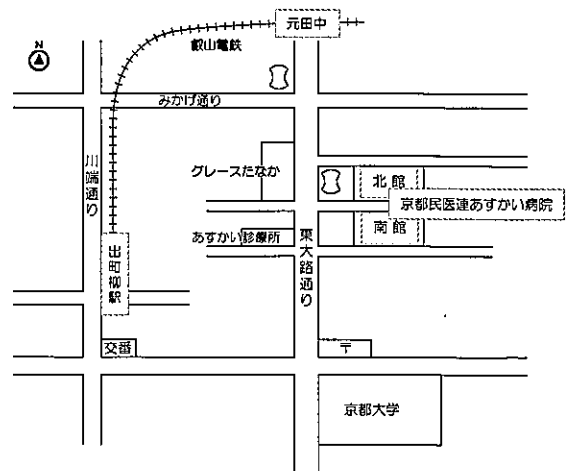
〒606-8226

京都市左京区田中飛鳥井町89

# TEL 075-701-6111

市バス「飛鳥井町」バス停下車徒歩3分

京阪電車「出町柳」から徒歩15分



# MRI 検査依頼書〔兼診療情報提供書〕(依頼院所控え)

予定日 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分～

紹介患者情報 ふりがな  氏名 様 男・女  生年月日 年 月 日	紹介元医療機関名及び紹介医氏名 施設名： 医師名： 連絡先：
造影剤の使用 無(単純MRI)・有(造影MRI) ※造影MRI：必須項目の記載をお願いします。 ※妊娠中の方への造影剤投与は不可です。  検査内容 <input type="checkbox"/> 頭部(MRI・MRA・VSRAD) <input type="checkbox"/> 上腹部(ルーチン・MRCP) <input type="checkbox"/> 下腹部(ルーチン) <input type="checkbox"/> 非造影MRA(部位： <input type="checkbox"/> 脊椎(頰椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 整形領域(右・左 関節) <input type="checkbox"/> その他( )	検査を安全に施行する為、必ず記入をお願いします。  MRI検査受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(当院・他院 ) 心臓ペースメーカ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(MRI禁忌) 可変圧式バルブ付シャント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(MRI禁忌) 体内金属(原則禁) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありだが検査可能 ( ) 入れ墨(原則禁) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありだが検査を行うことを了承済み ※火傷の危険があります。  その他申し送り

※造影検査を申込みされる場合は、血液データ等の記載及び同意書をお願いします。  
 ※上腹部及び下腹部の方は3時間前に絶飲食をお願いします。  
 ※骨・関節撮影は左右同日には行えません。(股関節を除く)

検査指示詳細	特別な指示がない場合は当院でのルーチン検査を行います。(特別な指示などある場合はご記入ください)
--------	--

**臨床診断**

**臨床経過(検査目的)**

造影剤使用時にご記入ください。(造影時必須)

■気管支喘息の有無	<input type="checkbox"/> あり(造影不可)	<input type="checkbox"/> なし
■アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
■過去に造影剤による副作用の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
■腎臓の疾患、腎機能の低下の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
※クレアチニン値(1ヶ月以内に測定した値)		mg/dl(測定日： / )
※e-GFR値(1ヶ月以内に測定した値)		ml/min(測定日： / )
■水分摂取制限の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
■その他(造影剤使用に関して注意事項があれば記入ください)		

*希望する画像提供方法について	提供用CD-R作成者(あすかい病院で記載)
CD-R ( <input type="checkbox"/> 当日受診者に手渡し希望 <input type="checkbox"/> 後日、読影結果と一緒に郵送希望 )	
*フィルムでの提供は行っていません	

# MR I 検査依頼書〔兼診療情報提供書〕(あすかい病院宛)

予定日 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分～

紹介患者情報 ふりがな 氏名 様 男・女 生年月日 年 月 日	紹介元医療機関名及び紹介医氏名 施設名： 医師名： 連絡先：
造影剤の使用 無(単純MRI)・有(造影MRI) ※造影MRI：必須項目の記載をお願いします。 ※妊娠中の方への造影剤投与は不可です。 検査内容 <input type="checkbox"/> 頭部(MRI・MRA・VSRAD) <input type="checkbox"/> 上腹部(ルーチン・MRCP) <input type="checkbox"/> 下腹部(ルーチン) <input type="checkbox"/> 非造影MRA(部位： <input type="checkbox"/> 脊椎(頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 整形領域(右・左 関節) <input type="checkbox"/> その他( )	検査を安全に施行する為、必ず記入をお願いします。 MRI検査受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(当院・他院 ) 心臓ペースメーカ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(MRI禁忌) 可変圧式バルブ付シャント <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(MRI禁忌) 体内金属(原則禁) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありだが検査可能 ( ) 入れ墨(原則禁) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ありだが検査を行うことを了承済み ※火傷の危険があります。 その他申し送り

※造影検査を申込みされる場合は、血液データ等の記載及び同意書をお願いします。

※上腹部及び下腹部の方は3時間前に絶飲食をお願いします。

※骨・関節撮影は左右同日には行えません。(股関節を除く)

検査指示詳細	特別な指示がない場合は当院でのルーチン検査を行います。(特別な指示などある場合はご記入ください)
臨床診断	
臨床経過(検査目的)	
造影剤使用時にご記入ください。(造影時必須)	
<input checked="" type="checkbox"/> 気管支喘息の有無 <input type="checkbox"/> あり(造影不可) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 過去に造影剤による副作用の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 腎臓の疾患、腎機能の低下の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※クレアチニン値(1ヶ月以内に測定した値) mg/dl(測定日： / ) ※e-GFR値(1ヶ月以内に測定した値) ml/min(測定日： / ) <input checked="" type="checkbox"/> 水分摂取制限の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> その他(造影剤使用に関して注意事項があれば記入ください)	
*希望する画像提供方法について CD-R ( <input type="checkbox"/> 当日受診者に手渡し希望 <input type="checkbox"/> 後日、読影結果と一緒に郵送希望 ) *フィルムでの提供は行っていません	提供用CD-R作成者(あすかい病院で記載)

# MR検査での造影剤の説明・同意書

患者氏名： 様 ID ( ) 生年月日：

説明日： 以下の通り、説明いたしました。

説明医師名： 同席者： 無 有

検査予定日：

## 1) 方法、目的

より詳しく調べるために、「ガドリニウム造影剤」という薬を静脈(多くの場合は腕)に注射して検査を行います。

## 2) 合併症

造影剤(ガドリニウム製剤)による副作用の報告はほとんどありませんが、下記に該当する方は注意の必要な場合があります。あてはまるにチェックをして下さい。

・気管支喘息(ぜんそく):アレルギー反応が出やすくなります。 ある ない

・重い腎臓病:急性腎不全など症状を悪化させることがあります。 ある ない

・重い肝障害:肝機能に影響を及ぼす恐れがあります。 ある ない

・アレルギー体質:副作用の可能性が少し高くなるので慎重な投与が必要になります。 ある ない

・ヨード造影剤・MR用造影剤で副作用を経験:副作用の可能性が少し高くなるので慎重な投与が必要になります。 ある ない

・妊娠の可能性:造影剤・MR検査に対する安全性が確立されていません。 ある ない

☆その他、重大な副作用は、以下のものがあります。

①ショック(0.001%未満)

②アナフィラキシー様症状(0.01%未満)

③痙攣発作(頻度記載なし)

☆まれに血管外に造影剤が漏れ痛みを伴うことがあります。多くの場合は時間の経過により吸収され心配ありませんが、漏れた量が非常に多い場合は適切な処置が必要となります。

☆造影剤は尿より排出されます。検査終了後は十分な水分摂取を心がけてください。

よく理解していただきましたら、以下に署名をお願いいたします。

なお、同意を拒否されても、また直前に同意を取り消しされても、診療上の不利益を受けることはありません。

京都民医連あすかい病院 院長殿

上記の説明を受け、その内容について、わかりました。納得して同意します。

20 年 月 日

患者本人

患者代理人

同席者

続柄

続柄