

# M R I 検 査 依 頼 書 (診 療 情 報 提 供 書)

## 主治医の先生へ

1. 当院では下記に該当する方は、MRI検査ができません。
  - ・ **心臓ペースメーカー**を装着している方
  - ・ **脳動脈瘤クリップ** (MRI対応と確認できているもの以外)がある方
  - ・ **人工内耳等**の神経刺激装置がある方
  - ・ **閉所恐怖症**の方
  - ・ **妊娠中**の方
2. 体に持続血糖測定器やインスリンポンプを装着されている方は、検査時、機器を外す必要があります。緊急性を要さない場合は、機器の交換時期に合わせて検査日を調整することもご考慮願います。
3. 検査依頼書の各項目について、正確にご記入ください。  
**問診事項は非常に重要です。**
4. 検査は **1日1部位** とさせていただきます。
5. 所見・CD-Rについては、郵送とさせていただきます。  
お急ぎの場合は、ご連絡ください。

### **重 要**

6. “**造影有**”あるいは“**造影放科に一任**”の場合は、  
**必ず** **造影剤使用同意書** を取得し添付してください。

# M R I 検査依頼書 (診療情報提供書)

(患者さん用)

紹介先医療機関名 吉島病院 Tel.082-241-2167(内線 218) Fax.082-243-0855

院長 山岡 直樹 殿

担当医放射線科 福田 浩 殿

紹介元医療機関の所在地・名称・電話番号

医師氏名

印

フリガナ

患者氏名

性別

患者住所

Tel.

体重 kg

生年月日 T. S. H. R.

年 月 日

検査日時 年 月 日 ( 曜日)

午前 ・ 午後 時 分

当院では下記に該当する方は、MRI 検査ができません

- ・心臓ペースメーカーを装着している方
- ・脳動脈瘤クリップ (MRI 対応と確認できているもの以外) がある方
- ・人工内耳等の神経刺激装置がある方
- ・閉所恐怖症の方
- ・妊娠中の方

## 検査を受けられる方へ

1. 検査日時は上記のとおりです。
2. 検査当日、**検査時間20分前**までに受付①番窓口はこの用紙をお出してください。  
(保険証またはマイナ保険証と依頼書をご持参ください)
3. 検査は約30～60分で終了しますが、検査の開始時間は予定よりも多少前後する場合があります。ご了承ください。
4. **腹部または骨盤の検査や造影剤を使用する場合には、検査前の食事は食べられません。**  
※脱水にならない程度に、水やお茶は飲んでも構いません。  
もし食事を食べて来られる場合は、予定時間より数時間遅らせて行う場合があります。
5. 授乳中の方は、造影剤を使用した場合、検査後48時間は授乳せず搾乳して捨ててください。  
48時間を経過した後は授乳してもかまいません。
6. お化粧はなるべく控えてください。特に**アイシャドー等**はお控えてください。
7. **カラーコンタクト**は検査の妨げになりますので検査時、はずしていただきます。
8. 体に**持続血糖測定器**や**インスリンポンプ**を装着されている方は、検査時、機器を外す必要があります。  
(緊急性を要さない場合は、機器の交換時期に合わせて検査日を調整することも考えられます。)
9. 検査時には、検査衣に着替えていただきますが、下記の金属類は更衣室のロッカーに入れていただきます。  
(強力な磁気が発生していますので、故障や検査に影響をおよぼす場合があります。) ロッカーの鍵は、担当技師がお預かりします。

時計・めがね・入れ歯・エレキバン・補聴器・ヘアピン・  
アクセサリ (指輪・ネックレス・イヤリング・ピアス等) ・カイロ・カギ・  
金属の付いた下着・キャッシュカード等の磁気カード類

10. 入れ墨やタトゥーがある場合、MRI検査中に熱を生じる可能性がございます。  
検査中に違和感を感じる場合は中止させていただきます。あらかじめご了承ください。
11. 来院できない場合、また不明な点がある場合は、下記へ連絡してください。

国家公務員共済組合連合会  
吉島病院

〒730-0822 広島市中区吉島東3丁目2番33号  
TEL 082-241-2167 放射線科受付 (内線218)

# M R I 検査依頼書 (診療情報提供書) (ご依頼施設保存用)

紹介先医療機関名 吉島病院 Tel.082-241-2167(内線 218) Fax.082-243-0855

院長 山岡 直樹 殿

担当医放射線科 福田 浩 殿

紹介元医療機関の所在地・名称・電話番号

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名	性別	造 影  (有 ・ 無 ・ 放科に一任) <small>(同意書必要)</small> <small>(同意書必要)</small>
患者住所		
Tel.	体重 kg	返送用画像については CD-R への書き込みとさせていただきます
生年月日 T. S. H. R.	年 月 日	
検査日時	年 月 日 ( 曜日 ) 午前 ・ 午後 時 分	

検査部位	頭部・頭部MRA・顔面(眼窩・副鼻腔・上顎・口腔・下顎・顎関節)・頸部・胸部 上腹部(肝・胆・膵・MRCP・腎)・骨盤部・頸椎(第 ~ )・胸椎(第 ~ ) 腰椎(第 ~ ) 仙骨・尾骨・四肢( 関節)・下肢MRA・頸部MRA 乳房・その他( )
------	--

**問診(重要)** \*〈赤字は必ず記入下さい〉

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>心臓ペースメーカー(有・無)</li> <li>脳動脈瘤クリップ(有・無)</li> <li>人工内耳等の神経刺激装置(有・無)</li> <li>眼窩内金属異物(有・無)</li> <li>その他体内金属、異物(有・無)</li> <li>有の場合はいつ( )</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>持続血糖測定器(有・無)</li> <li>インスリンポンプ(有・無)</li> <li>妊娠(有・無)</li> <li>閉所恐怖症(有・無)</li> <li>入れ墨・タトゥー(有・無)</li> </ul> | <p>— 造影なしの場合記入不要 —</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MRI造影剤アレルギー(有・無)</li> <li>喘息(有・無)</li> <li>その他アレルギー( )</li> <li>腎機能障害(有〔<math>Cr=</math> <math>eGFR=</math> ]・無)</li> <li>授乳中(有・無)</li> </ul> |
|---|---|---|

**臨床診断**

**検査目的**

病歴及び関連検査成績 (既往歴)

MRI 撮影歴(有・無) 部位( )

※必ず主治医が責任を持ってご記入をお願いします。

# M R I 検査依頼書 (診療情報提供書)

(持参用)

紹介先医療機関名 吉島病院 Tel.082-241-2167(内線 218) Fax.082-243-0855

院長 山岡 直樹 殿

担当医放射線科 福田 浩 殿

紹介元医療機関の所在地・名称・電話番号

医師氏名

印

フリガナ 患者氏名	性別	造 影  (有 ・ 無 ・ 放科に一任) <small>(同意書必要)</small> <small>(同意書必要)</small>
患者住所		
Tel.	体重 kg	返送用画像については CD-R への書き込みとさせていただきます
生年月日 T. S. H. R.	年 月 日	
検査日時	年 月 日 ( 曜日 ) 午前 ・ 午後 時 分	

検査部位	頭部・頭部MRA・顔面(眼窩・副鼻腔・上顎・口腔・下顎・顎関節)・頸部・胸部 上腹部(肝・胆・膵・MRCP・腎)・骨盤部・頸椎(第 ~ )・胸椎(第 ~ ) 腰椎(第 ~ ) 仙骨・尾骨・四肢( 関節)・下肢MRA・頸部MRA 乳房・その他( )
------	--

**問診(重要)** \*〈赤字は必ず記入下さい〉

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>心臓ペースメーカー(有・無)</li> <li>脳動脈瘤クリップ(有・無)</li> <li>人工内耳等の神経刺激装置(有・無)</li> <li>眼窩内金属異物(有・無)</li> <li>その他体内金属、異物(有・無)</li> <li>有の場合はいつ( )</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>持続血糖測定器(有・無)</li> <li>インスリンポンプ(有・無)</li> <li>妊娠(有・無)</li> <li>閉所恐怖症(有・無)</li> <li>入れ墨・タトゥー(有・無)</li> </ul> | <p>— 造影なしの場合記入不要 —</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MRI造影剤アレルギー(有・無)</li> <li>喘息(有・無)</li> <li>その他アレルギー( )</li> <li>腎機能障害(有〔<math>Cr=</math><br/><math>eGFR=</math>〕・無)</li> <li>授乳中(有・無)</li> </ul> |
|---|---|--|

**臨床診断**

**検査目的**

病歴及び関連検査成績 (既往歴)

MRI 撮影歴(有・無) 部位( )

※必ず主治医が責任を持ってご記入をお願いします。

# MRI造影剤使用に関する説明書

## 1. 目的

検査当日、造影剤という静脈注射用検査薬を使用する可能性があります。造影剤を使用することでより詳しく病変の状態(周囲の血管の状態や病気の部位の血流状態や特徴など)を知ることができます。造影剤はガドリニウム製剤や鉄製剤を含むため、まれに副作用を生じることがあります。

## 2. 注意および禁忌

- 以前に造影剤で具合が悪くなったことがある方
- 気管支喘息やアレルギー体質と診断されている方
- 腎機能低下がある方、もしくは人工透析中の方  
造影剤の排泄が遅れるため、重篤な副作用(腎性全身性線維症:全身性に真皮の線維化が起こり、四肢の関節が硬くなる難治性の病気、世界中で1500人程度)が生じる可能性があります。
- 妊娠中あるいは授乳中の方  
乳汁中に排泄されたガドリニウムが乳児に中毒を起こす危険性があるため、造影剤使用後48時間は授乳せず搾乳して捨ててください。48時間を経過した後は授乳してもかまいません。

## 3. 副作用の出現頻度

- 軽い副作用(1~4人/100人未満):嘔気・嘔吐、頭痛、めまい、じんま疹など
- 重い副作用(1人/1万人):冷や汗、血圧低下(ショック状態)、呼吸困難など  
極めてまれですが、心停止、呼吸停止といった報告もあります。

検査中は担当者・スタッフが常にあなたを見守っています。万が一副作用が生じた場合には迅速に対処しますので、気分不良など生じたときには速やかにお知らせ下さい。また、検査終了後数時間から数日後に異常が現れることがありますが、その場合には下記までご連絡下さい。

病院 代表 (082)241-2167

## 同意書

吉島病院 院長 殿

私は、MRI造影検査について担当医師より説明を受け、その内容、必要性ならびに副作用の可能性について理解しましたので検査を受けることに

( )同意します。

どちらか該当する方を選び( )内に○を記載してください

( )同意しません。

ただし、同意した後でも、理由の如何を問わず承諾を取り消すことができるものとします。

年 月 日

患者署名(自署) \_\_\_\_\_

代理または同席の場合 家族署名(自署) \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

説明し同意が得られたことを確認します。

紹介元医療機関名 \_\_\_\_\_

説明紹介元医師(自署) \_\_\_\_\_

同席の場合 同席者(自署) \_\_\_\_\_ 職種 \_\_\_\_\_