

# MRI 検査依頼票 兼 診療情報提供書

※前橋協立診療所専用

医師名

紹介元医療機関の名称・所在地

氏名

電話番号：

生年月日

性別

FAX 番号：

日付

医師氏名：

前橋協立病院 ID

予約日時		20 年 月 日		午前・午後		時 分	
検査部位 (詳細についてもチェックをお願い致します。)							
<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 四肢	
<input type="checkbox"/> 頭部一般 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 後頭蓋窩 (内耳道) <input type="checkbox"/> トルコ鞍 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 側頭葉 <input type="checkbox"/> 眼窩・視神経 <input type="checkbox"/> VSRAD (海馬萎縮検査) <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 咽頭・喉頭 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 脳出血 <input type="checkbox"/> 耳下腺	<input type="checkbox"/> 大動脈 <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房 右・ひだり <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 肝 EOB プリモビスト <input type="checkbox"/> 脾臓 <input type="checkbox"/> 胆嚢・胆道 <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 頸胸椎 移行部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎 移行部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 上腕骨 <input type="checkbox"/> 前腕骨 <input type="checkbox"/> 手指骨 <input type="checkbox"/> 大腿骨 <input type="checkbox"/> 下肢骨 <input type="checkbox"/> 足指骨 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 右・ひだり <input type="checkbox"/> MRA 上肢・下肢
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純+造影			催眠剤	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( ml)		
食事制限	<input type="checkbox"/> 4時間前から(造影または腹部の場合)			<input type="checkbox"/> 8時間前から(MRCP または胆のうの場合)			
[診断名、主症状、検査目的、指示などをご記載下さい]   比較MRI 無・有 ( 年 月 日)							
造影剤	オムニスキャンシリンジ   ml		プリモビスト   ml		フェリセルツ   包		
その他使用薬剤				CR 半切×   枚		技師	

# MRI検査の事前問診票

\* 安全に検査を行うための質問です。必ずお答えください。

\* MRI検査は何回目ですか？(初めて・2回目以上)

検査日時 年 月 日 時 分 予約

ID. \_\_\_\_\_ お名前 \_\_\_\_\_ ( 歳) 男・女 体重 \_\_\_\_\_ kg

質問回答者 本人・家族(続柄 \_\_\_\_\_)、その他( \_\_\_\_\_ )

**1、MRI検査が可能かどうかについての質問です。**

\* はいの場合記入

質問事項	回答欄	医師記入欄	技師記入欄
①心臓ペースメーカーを使用していますか。	はい いいえ		
②人工内耳を使用していますか。	はい いいえ		

上記①②が一つでも「はい」の場合、MRI検査できません。(禁忌)

③以前にMRI検査を受けた際、気分が悪くなるなどの症状がありましたか。	はい	いいえ		
④閉所恐怖症の可能性ありますか。	はい	いいえ		
⑤手術の既往があり、脳動脈クリップ・ステントなどの医療金属が体内に入っているとされた事がありますか。	はい	いいえ		
「はい」とお答えの方へ、時期、手術部位を、右欄へご記入ください。				
⑥人工関節などの金属が体内にありますか。	はい	いいえ		
⑦義眼、義歯、義手・足、補聴器を使用していますか。	はい	いいえ		
⑧入れ墨、アートメイク等をしていますか。	はい	いいえ		

**2、造影剤を使用する検査予定の方のみお答えください。**

①以前に造影剤を使用した検査を受けた際、気分が悪くなったり、発疹等が出たことがありますか。	はい	いいえ		
②気管支ぜんそくの既往はありますか。	はい	いいえ		
③アレルギー体質と言われたことがありますか。	はい	いいえ		
「はい」とお答えの方へ、何のアレルギーですか。(花粉症、薬、食物、その他、右欄へご記入ください)				
④腎(じん)機能が悪いと言われたことがありますか。	はい	いいえ		
⑤鉄過敏感症または鉄過剰症と言われた事がありますか。	はい	いいえ		

**3、女性の方のみお答えください。**

①妊娠もしくは、その可能性がありますか。	はい	いいえ		
②現在授乳中ですか。	はい	いいえ		

4、 問診実施日 20 年 月 日 問診確認者名( )

eGFR値30以下又はクレアチニン値2.0以上は造影禁

5、MRI検査(可・否) / 造影剤(可・否) 依頼医師名( )

6、MRI検査は強い磁石を使用しますので、以下の物は故障をしたり検査に影響を及ぼすことがありますので検査前に必ず取り外してください。

- \* 金属物・・・時計、眼鏡、カギ、ライター、ヘアピン、ネックレス、イヤリング等
- \* 磁気カード・・・キャッシュカード、クレジットカード、テレホンカード等
- \* その他・・・義歯、補聴器、カイロ、湿布、エレキバン等

採血日	造影時	
	eGFR値	クレアチニン値

○ご協力ありがとうございました。何かご不明な点がありましたら検査前にご相談ください。

入室時確認技師名( )

検査年月日( )

# CT、MRI等の造影剤使用検査にあたっての説明と同意

## 造影検査のご説明

CT、MRI検査等(月日曜日時分子約)の際、血管に造影剤を注射し検査を行います。造影剤の中にはヨード(CT検査)、あるいはガドリニウム、鉄(MRI検査)などの物質が含まれており、これらに過敏症の方には使用できません。また、使用した薬剤は尿中に排泄されるため、腎機能の悪い方にも使用できません。

### 副作用として

- アレルギー反応(かゆみ、じん麻疹、吐き気、呼吸困難、血圧低下、意識消失など)
- 腎不全(むくみ、血圧上昇など)
- 神経症状(けいれん発作など)
- その他(熱感など)

が報告されていますが、これらの副作用の頻度は造影剤の改良により非常に少なくなっています。(CTMRIの造影剤の副作用は全体の1~3%で、重篤な副作用はさらに低く0.01~0.04%(一万人に1~4人)です。万が一副作用が発生した場合は、直ちに適切な処置を行います。造影剤の副作用には検査中や直後に生じる即時性のものと、検査が終了してから数時間から数日後に起きる遅発性のものがあります。念のため数日間は様子を見てください。また、造影効果を上げるため急速に血管内に注入する必要があります。時に血管が破れて造影剤がもれてしまい、痛みや腫れの原因となってしまうことがあります。十分な注意を行いますがやむをえずそのような事がおこることについてご承知おきください。そのような場合も一定の時間(通常1~2週間)のうちに痛みや腫れは軽快消失します。以上のことから安全な検査を実施するために造影剤の間診を行います。ご協力をお願いいたします。また、何かご心配なことがありましたらお気軽にお声がけください。

説明者名( )

## 同意書

確認技師名 検査年月日

( )( )

以上、問診および検査の必要性、危険性について十分な説明を受け、質問する機会を得ましたので、下記の造影剤使用検査を受けることに同意します。また、実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合は適宜処置されることについても同意します。

【検査日】 平成 年 月 日

【検査名】 1. 造影CT 2. 造影MRI 3. 腎尿路造影 4. 胆のう造影 5. ( )

【患者氏名】(自筆) \_\_\_\_\_ (保護者または保証人氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_)

【生年月日】 明・大・昭・平 年 月 日

署名日 平成 年 月 日

前橋協立病院長 殿