

紹介検査予約票

患者様氏名 _____ 殿

検査予約日時

_____年 _____月 _____日 午前 _____時 _____分
午後 _____時 _____分

※恐れ入りますが、予約時間の 30 分前に西館受付窓口までお越しください。

検査項目

(該当項目に○をお付けください)

- ・ CT
- ・ MRI
- ・ 内視鏡 (胃カメラ、S 状カメラ)
- ・ レントゲン (上部消化管造影、注腸造影)
- ・ 子宮卵管造影
- ・ 超音波 (腹部、心臓、甲状腺、乳腺、その他 _____)
- ・ 負荷心電図、ホルター心電図、脳波
- ・ その他 (_____)

検査場所

医療法人南労会 紀和病院

橋本市岸上 1 8 番地の 1 ☎0736-33-5000 (代表)



検査結果

* 検査結果が出次第、ご紹介いただいた先生にお届けします。

MRI・MRA 検査予約票

検査日時： _____

氏名： _____ 様

検査部位： _____

MRI は強力な磁気を用いた検査法です。もし、金属が体内や衣類にあると火傷や吸着事故につながる恐れがあります。より安全に検査を行うために必ず問診・同意書を記入し持参してください。

○今回の検査は、食事や飲み物の制限が（必要・不要）な検査です。

《必要の場合》

検査予約時間の4時間前から検査終了まで絶食して下さい。水は適度に飲んでいただいてもかまいませんが、水以外は飲まないでください。検査ができなくなることもあります。

《不要の場合》

お食事・お飲み物の制限はありません。



【検査前】

○病院の受付を予約時間30分前までに済ませて、放射線科受付窓口へお越しください。

予約時間に遅れられますと順番が前後することがあります。

○この検査は全て予約制になっていますが、緊急の検査が入った場合は30～60分お待ちいただく事もありますのでご了承ください。

○金属の付いた下着や衣類（ブラジャー、チャック、ベルト）、遠赤外線または保温性が非常に高い衣類（ヒートテック等）をお召の場合、更衣室で検査着に着替えていただきます。

○金属製のものは持ち込みできません。貴重品等は施錠できる更衣室においてください。

○お手洗いは事前に済ませておいてください。ただし膀胱の検査の場合は、検査前の1時間は排尿しないでください。検査できなくなる恐れがあります。

【検査中】

○検査の時間は、20分～60分ですが内容により多少変動致します。

○検査中は大きな音がしますが、撮影をしている音ですのでご心配はいりません。気分不良などありましたら、ブザーをお渡ししますので握ってお知らせください。

○検査中は電磁波による影響で暖かく感じる場合があります。耐えられないような熱さであればブザーを握ってお知らせください。

○閉所恐怖症の症状がある方は検査中のお声かけなどの対応をいたしますので、スタッフまでお申し出ください。

※検査をキャンセルまたは変更、遅れる場合は下記の番号までご連絡ください。

医療法人南労会 紀和病院 ・ 紀和クリニック
連絡先 0736-33-5000 0736-34-1255

検査日時： _____

氏名： _____ 様

検査部位： _____

下記の事項に該当される方は検査を受けられないことがありますので、事前に申し出てください。
※該当していればMRI対応か施術した施設に確認してください。

- (有・無) 心臓ペースメーカー (条件付MRI対応ペースメーカーも不可)
- (有・無) ICD (植え込み型除細動器)、DBS (脳深部刺激療法)、迷走神経刺激装置
- (有・無) 人工内耳または中耳、マグネットアタッチメント式の義眼や歯科インプラント、義肢
- (有・無) 可変式V-Pシャント (可変バルブがないものは可能)
- (有・無) 機械式の人工弁 (生体弁は可能)
- (有・無) 手術を受けて体内に金属が入っている (2000年以前のもは不可)
_____ 年前 部位 _____ 人工関節・脊椎や骨折接合用ピン・消化器クリップ
- (有・無) 脳動脈瘤クリップ、血管内にステント・コイル・フィルターを装着した (8週間以内は不可)
_____ 年前 部位 _____
- (有・無) インスリンポンプ・持続血糖測定器
- (有・無) 鉄鋼関係の仕事などで金属片や金属粉が眼窩内やその他の体内に入っている
- (有・無) 1ヶ月以内に当院以外で内視鏡を受け、止血のためクリップを使用した
- (有・無) 入れ墨・アートメイク (火傷や変色する恐れがあります)
- (有・無) 妊娠中、または妊娠の可能性がある (有りの場合は検査指示医にご相談ください)
- (有・無) 材質に銅を含む避妊リング
- (有・無) 体動がある方や、仰向けで長時間寝るのが困難
- (有・無) 閉所恐怖症
- その他 (_____)

検査時に必要ですのでご記入下さい。

身長 _____ cm 体重 _____ kg

次に該当するものを撮影室に持ち込むと、故障の原因や火傷、または検査結果や身体に悪影響を及ぼす事があり危険ですので、検査前には必ず取り外していただくようお願いします。必要なら予備を持参して下さい。外せない場合は、自己責任となりますのでご了承ください。

検査当日の状態でご該当するものがあれば口に✓を入れてください。

- 磁気カード (クレジットカード、キャッシュカード等)、時計、財布、携帯電話、鍵などの金属小物
- アクセサリー (イヤリング、ピアス、ネックレス、指輪、ヘアピン)
- ネイルケア (マグネットネイル、色の付いているジェルネイルや飾り部分等)
- 化粧品 (マスカラ、アイライナー、ファンデーション、UVケア用品)
- 眼鏡、カラーコンタクトレンズ (通常のもは可能)、補聴器、入れ歯
- ウィッグ、かつら、ヘアエクステンション、増毛パウダー
- ファスナー・ホックなど金属の付いた下着や衣類 (ブラジャー、ベルト、コルセット等)
- 遠赤外線、または保温性が非常に高い衣類 (ヒートテック等)
- カイロ、湿布、磁気治療器 (エレキバン等)、ひ鍼
- 貼付剤 (ニュープロパッチ、ニコチネル、ノルspanテープ、ニトロダーム、デュロテップ、ワンデュロ、フェントステープ)

私は、MRI検査の必要性と危険性を理解し、上記を確認した上で今回の検査を受けることに同意します

本人 (署名) _____

または 代理人 (署名) _____ (続柄 _____)

問診月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 検査指示医 _____

MRI用造影剤（ガドリニウム・リゾビスト）使用検査の為の問診票

1. 今まで造影剤（注射・点滴）を用いた検査を受けたことがありますか

なし

あり：CT検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI検査

2. 1. でありと答えた人へ

その時副作用はありましたか（帰宅後も含めて）

何ともなかった

症状が出た（その時の症状を詳しく）

3. 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか

なし

あり

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：じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎
薬（鉄製剤含）のアレルギー（ ）

食物のアレルギー（ ）

その他（ ）

5. 腎臓の働きが悪い（腎不全）といわれたことがありますか

なし

あり

6. 貧血もしくは出血傾向があり、現在治療されていますか

（生理、痔、消化管出血、鼻出血、外傷など）

なし

あり

7. 現在妊娠中、または妊娠している可能性がありますか

なし

あり

わからない

問診月日 年 月 日

問診担当者

検査指示医

医療法人南労会 紀和病院・紀和クリニック

連絡先 0736-33-5000 0436-34-1255

MRI 造影検査説明書

造影剤（ガドリニウム製剤）を用いる MRI 検査を受けられる方へ

今回実施する MRI 検査は、“造影剤”という薬剤を血管内に注射して行います。造影剤を使用しなくても MRI 検査は行えますが、造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、治療をしやすくします。これは、安全な薬剤ですが、ごくまれに下記のような症状の副作用が現れる場合があります。

当院では、検査中や検査終了後に副作用が出現した場合は、医師及び担当スタッフが迅速に対応しますが、病院から帰宅された後に症状が現れた場合には、すみやかに担当医師あるいは放射線科までご連絡下さい。尚、診療時間外でも当直担当医師が対処いたします。

副作用について

- 1) 軽い副作用：発疹・かゆみ・吐き気・動悸・頭痛などで、基本的に治療を要しません。このような副作用の現れる確率は、100 人に 1 人、つまり 1%です。
- 2) 重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下などのショック症状です。このような副作用は通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。そのため入院や手術が必要なこともあります。このような副作用が現れる確率は、約 1 万人に 5 人以下、つまり 0.05%以下です。
- 3) しかし、ごくまれに病状・体質によって約 100 万人に 1 人の割合（0.0001%）で、死亡する場合があります。

検査後、身体に変化が生じた場合は当院へご連絡下さい。

造影剤（リゾビスト製剤）を用いる MRI 検査を受けられる方へ

今回実施する MRI 検査は、“造影剤”という薬剤を血管内に注射して行います。造影剤を使用しなくても MRI 検査は行えますが、造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、治療をしやすくします。これは、安全な薬剤ですが、ごくまれに下記のような症状の副作用が現れる場合があります。

当院では、検査中や検査終了後に副作用が出現した場合は、医師及び担当スタッフが迅速に対応しますが、病院から帰宅された後に症状が現れた場合には、すみやかに担当医師あるいは放射線科までご連絡下さい。尚、診療時間外でも当直担当医師が対処いたします。

副作用について

- 1) 軽い副作用：発疹・かゆみ・吐き気・背部痛・頭痛などで、基本的に治療を要しません。このような副作用の現れる確率は、100 人に 3 人以下、つまり 3%以下です。
- 2) 重い副作用：呼吸困難・血圧低下などのショック症状です。このような症状は海外で数例報告されているだけで、日本ではまだ報告はありません。

検査後、身体に変化が生じた場合は当院へご連絡下さい。

造影剤（ガドリニウム・リゾビスト）使用検査について同意書

このたび実施する検査に関して、その必要性および発現する可能性のある

別紙の副作用などについて患者 _____ 様に説明しました。

e-GFR 値 _____ ml/min/1.73m² または 血清クレアチニン値 _____ mg/dl

年 月 日

医師 _____

このたび実施する検査に関して、その必要性および発現する可能性のある

副作用などについて担当医師から説明を聞き、了承いたしましたので、検査を

実施することに同意いたします。

年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名 _____

代理人（本人との続柄： _____）

医療法人南労会 紀和病院 ・ 紀和クリニック
連絡先 0736-33-5000 0736-34-1255