

MRI検査依頼書

| | | | | | |
|------------------------------|--|---|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年齢 | 身長 | 体重 |
| 氏名 | | 年 月 日 | 歳 | cm | kg |
| 検査希望日 | | 第1希望 年 月 日 (AM・PM) | | 第2希望 年 月 日 (AM・PM) | |
| 検査方法 | <input type="checkbox"/> 単純MRI | 読影 | <input type="checkbox"/> 要 | アレルギー | <input type="checkbox"/> 有 () |
| | <input type="checkbox"/> 造影MRI | | <input type="checkbox"/> 不要 | | <input type="checkbox"/> 無 |
| 腎機能 | Cr値: eGFR値: Cr検査日付: | | | | |
| 検査部位 | | | | 疾患名、検査目的など | |
| <input type="checkbox"/> 頭部 | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 下垂体 | | | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 参照 | |
| <input type="checkbox"/> 頸部 | <input type="checkbox"/> 咽頭喉頭 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 胸部 | <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳房 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 上腹部 | <input type="checkbox"/> 胆嚢膵臓(MRCP) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 下腹部 | <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 膀胱 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 脊椎 | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎尾骨 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 四肢 | <input type="checkbox"/> みぎ <input type="checkbox"/> ひだり | <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕・前腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿・下腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足趾 | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |

MRI検査 問診表

検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。

1. MRI検査及び造影MRI検査に関する説明書の内容について理解しましたか？(別紙参照)
 いいえ はい
2. MRI金属チェックリストに記入は行いましたか？(別紙参照)
 いいえ はい
3. 今まで、MRI造影剤を使用する検査を受けたことがありますか？(造影剤検査の患者様のみ記入)
 いいえ はい
4. そのとき、副作用はありましたか？
 いいえ はい → 発疹・かゆみ・吐き気・頭痛・動悸 その他() いつ頃(検査中・検査後・数日後)
5. 腎臓の機能が悪い(腎不全など)といわれたことがありますか？
 いいえ はい
6. 妊娠している、または可能性がある
 いいえ はい

MRI検査 同意書

私は、いわき市医療センターにてMRI検査を受けるにあたり、紹介元医師から

MRI検査の必要性について MRI造影剤について(造影剤検査の患者様のみ)

十分な説明を受け診療上必要であることを理解いたしましたので、その実施に同意します。尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意します。

同意日 年 月 日 患者氏名

紹介元医師署名

(注)本人が未成年または署名できない場合は下記にご記入ください。

保護者又は
保証人氏名

(続柄:) 保護者又は保証人の住所

MRIチェックリスト

MRI検査依頼書と一緒にFAXして下さい

検査依頼時チェック欄 体内の金属及び該当する項目にチェック☑して下さい。

原則検査不可

心臓ペースメーカー 植込み型除細動器 (ICD)

(MRI対応型の製品を使用している方はご相談ください。またペースメーカー手帳のコピーをFAXして下さい。)

人工内耳・中耳 金糸インプラント (美容整形術) 神経刺激器

カプセル内視鏡 ティッシュ・エキスパンダー (乳房再建術)

場合によって検査不可

| | |
|--|---|
| 1. 手術による体内金属はありますか。 <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ <input type="checkbox"/> 人工弁 <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> ループレコーダ <input type="checkbox"/> バルブ式シャント <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 胸骨ワイヤー <input type="checkbox"/> 避妊リング <input type="checkbox"/> 骨弁固定器具 <input type="checkbox"/> 体内埋込式インスリンポンプ <input type="checkbox"/> その他_____ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 体内位置_____ 手術年_____年頃 手術した病院_____ | |
| 2. 身につけている金属はありますか。 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 歯科矯正 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> 磁石着脱式義歯 <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 持続グルコース測定器 <input type="checkbox"/> その他_____ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 着脱 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 |
| 3. 金属加工業などで体内に金属がある可能性はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4. 刺青、タトゥー、アートメイク、まつ毛エクステ、ジェルネイル等がありますか。 位置_____ | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 5. 閉所恐怖症、又は静止することが困難 (じっとしてられない) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 6. (女性の方) 妊娠 (_____ 週) あるいは妊娠の可能性はありますか。 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

記入日 _____年 _____月 _____日 ご署名 _____

記入確認者氏名 : _____

ご協力ありがとうございました。

検査当日チェック欄 該当項目に☑を付けてください。検査前に外していただきます。

入れ歯 補聴器 時計 携帯電話 財布 磁気カード

ヘアピン かつら・ウィッグ カラーコンタクトレンズ 眼鏡

金具が付いている下着や衣類 ヒートテック等の機能性肌着

装具類(義肢・コルセット等) カイロ・エレキバン・湿布等の薬

化粧品(ラメ・パール・マスカラ) ニトロダームテープ等(貼り面が銀色の貼り薬)

MRI検査及び造影MRI検査に関する説明書

MRI検査について

MRI検査は、強い磁石でできたトンネル状の装置に入り、身体を撮影する検査です。検査時間は検査目的により様々ですが20～60分程度になります。検査中は非常に大きな音が出ますので、ヘッドフォンや耳栓を使用します。検査中に体を動かしてしまうと画像が乱れてしまうので、動かないようにして下さい。

手術などで体内に金属がある場合や身に付けている物の材質により、やけどや発熱、その他人体に重大な影響を及ぼす可能性もございますので、別紙のMRI金属チェックリストを確認して下さい。

検査当日は、診察券を持参して下さい。カラーコンタクトレンズを使用中の方は、検査前に外していただきますので容器も持参して下さい。また、マスカラ、アイシャドー、マニキュア等には金属を含んだ製品がある為、当日のお化粧品は控えめにお願いします。

MRI用ガドリニウム造影剤（静脈注射）について

検査前もしくは検査中に腕の静脈から造影剤を注射いたします。気管支喘息や腎機能低下、ガドリニウム造影剤アレルギー等のある方は使用できない場合もございます。尚、以下の様な副作用が報告されております。

| | | |
|----|---|--------------------|
| 軽度 | ：かゆみ、吐き気、発疹、発赤、嘔吐、悪心、悪寒、喉の違和感、息切れ、 動悸、血管迷走神経反射など | （頻度0.01～1%） |
| 重度 | ：血圧低下、呼吸困難、全身痙攣、不整脈、咽頭浮腫、心肺停止、 腎性全身性線維症（NSF）など | （頻度0.0025～0.0052%） |

重度の場合は入院処置が必要な場合や後遺症が残る場合もございます。また、病状や体質により、100万人に1人程度の死亡例も報告されております。大部分は注射中から検査直後に発現しています。しかし、遅れて発現(多くは数日～数ヶ月以内)する場合がございますので、帰宅後に症状が発現した場合には、当院までご連絡下さい。

その他として、注射時に血管外造影剤漏出の可能性がございますが、血管外漏出時の対処マニュアルに沿って適切に対応致します。

腹部MRCP検査で使用する経口造影剤(飲み薬)について

MRI検査予約票の検査部位に胆嚢(MRCP)、膵臓(MRCP)と記載されている方は、検査前に造影剤を飲んで頂きます。胆管や膵管がはっきり見えるようになり、診断や治療方針を決定する上で欠かせない情報が得られます。副作用として、軟便、下痢、腹痛、腹鳴など（頻度0.1～5%）がございます。

紹介元医師名 _____

患者様氏名（本人） _____

同席者（親族名）氏名 _____

注）本人が未成年又は署名出来ない場合は上記に記載して下さい