

CT・MRI検査依頼書(診療情報提供書)

医療機関名 _____
 所在地 _____
 TEL _____
 医師氏名 _____

令和 年 月 日

富山労災病院「診察券(IDカード)」(有・無)

ID番号

--	--	--	--	--	--	--	--

検査日	令和 年 月 日 午後 時 分から								
ふりがな						大正 昭和 平成 令和	年 月 日	性別	男・女
患者氏名									
住所						電話			
保険者・記号・番号	保険者番号	記号	番号	被保険者氏名					
検査項目 項目を○で 困ってください	◆CT (単純造影 適否一任)	頭部 頚部 胸部 腹部(肝・胆・膵・腎・副腎) 骨盤部 上顎骨 下顎骨 頚椎 胸椎 腰椎 その他()							
	◆MRI (単純造影 適否一任)	頭部 頚部 胸部 腹部(部位) 骨盤部 頚椎 胸椎 腰椎 仙尾骨 関節(肩・肘・手・股・膝・足)→(みぎ・ひだり) その他() 必ずどちらかに○							
【検査目的及び臨床経過等】									
【検査に必要な確認事項】									
1. 体重 kg (MRI検査、造影CT検査依頼の場合はご記入願います。) 2. 身長 cm (MRI検査依頼の場合はご記入願います。) 3. 腎機能 eGFR: (検査日 /) (CT/MRI造影検査の場合) 4. 糖尿病治療薬 (無・有 …) (CT造影検査のみ) 5. 感染症 (無・有 …)									

※ 予約後、検査依頼書と一緒に下記の書類をFAXしてください。(原本は、当日持参してください。)

- ┌ MRI検査時:「MRI検査問診表・同意書」
- ├ CT造影(一任の場合も)検査時:「CT造影検査問診表・同意書」及び「処方内容」
- └ MRI造影(一任の場合も)検査時:「MRI検査問診表・同意書」「MRI造影検査問診表・同意書」
及び「処方内容」

※画像診断レポートおよび撮影データ(CD)は後日郵送とさせていただきます。

画像診断レポートのFAXを希望される場合は、下記にチェックをお願いいたします。

画像診断レポートのFAXを希望します。

独立行政法人 労働者健康安全機構
富山労災病院

TEL0765-22-1280 放射線(内線2400) FAX0120-935-631

2012.1.1 作成
2020.4.6 改訂

MRI検査問診表・同意書

患者氏名 _____

身長 _____
cm

体重 _____
kg

MRI検査問診表

MRI検査を安全に行うため、下記の質問にお答えください。

1. 心臓ペースメーカーを使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
2. 植込型除細動器を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
3. 人工内耳を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
4. 脊髄刺激装置を使用していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
上記の質問に「はい」の方で、MRI対応機器でない場合は検査できません。 対応機器の場合でも事前に調整が必要です。																					
5. 手術等により体内に下記の金属が入っていますか？ 入っている場合は○で囲んで下さい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>脳動脈クリップ</td> <td>シャント(水頭症バルブ)</td> <td>人工関節</td> <td>骨折固定プレート</td> </tr> <tr> <td>胃や腸にクリップ</td> <td>義眼 義肢</td> <td>インプラント</td> <td>マグネットタイプの口腔インプラント</td> </tr> <tr> <td>J-VAC</td> <td colspan="3">その他()</td> </tr> </table>		脳動脈クリップ	シャント(水頭症バルブ)	人工関節	骨折固定プレート	胃や腸にクリップ	義眼 義肢	インプラント	マグネットタイプの口腔インプラント	J-VAC	その他()										
脳動脈クリップ	シャント(水頭症バルブ)	人工関節	骨折固定プレート																		
胃や腸にクリップ	義眼 義肢	インプラント	マグネットタイプの口腔インプラント																		
J-VAC	その他()																				
6. 事故などで体内に金属片が入ったことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
7. 旋盤などで、金属加工業に就いたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
8. 眼球または周囲に磁性体金属はありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
9. 入れ墨、アートメイク等を施していますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
10. 閉所恐怖症ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				
11. 妊娠の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 妊娠中																				
12. 下記の内容は検査時に外していただきます。																					
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>入れ歯</td> <td>補聴器</td> <td>カラーコンタクトレンズ</td> <td>糖尿病体液測定センサー</td> </tr> <tr> <td>エレキバン</td> <td>貼り薬</td> <td>カイロ</td> <td>かつら 増毛パウダー</td> </tr> <tr> <td>ヘアピン</td> <td>時計</td> <td>ネックレス</td> <td>メガネ</td> </tr> <tr> <td>指輪</td> <td>イヤリング</td> <td>ピアス</td> <td>金属のついた下着</td> </tr> <tr> <td>パワーアンクル</td> <td>カギ</td> <td colspan="2">その他取り外し可能な金属類()</td> </tr> </table>		入れ歯	補聴器	カラーコンタクトレンズ	糖尿病体液測定センサー	エレキバン	貼り薬	カイロ	かつら 増毛パウダー	ヘアピン	時計	ネックレス	メガネ	指輪	イヤリング	ピアス	金属のついた下着	パワーアンクル	カギ	その他取り外し可能な金属類()	
入れ歯	補聴器	カラーコンタクトレンズ	糖尿病体液測定センサー																		
エレキバン	貼り薬	カイロ	かつら 増毛パウダー																		
ヘアピン	時計	ネックレス	メガネ																		
指輪	イヤリング	ピアス	金属のついた下着																		
パワーアンクル	カギ	その他取り外し可能な金属類()																			
13. MRI検査説明書を読み、検査内容を理解されましたか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない																				

MRI検査同意書

富山労災病院 病院長殿

私は、MRI検査について説明を受け納得しましたので、検査担当者の指示に従い検査を受けることに同意いたします。また、問診表の記載には相違ありません。

年 月 日

患者氏名 _____

(本人が未成年または署名できない場合は、保護者または代理人がご記入ください)

代理人氏名 _____

本人との続柄() _____

MRI検査説明書

患者氏名 _____

検査予約日時

年 月 日 時 分
検査の30分前までに来院してください。

- 検査時間は多少前後する事がありますのでご了承ください。
- 都合により予約日に来院できない場合は、必ず当院までご連絡ください。
- 検査時間は30分～1時間程度かかります。
- 食事制限はありません。(腹部検査の場合は、検査2時間前から食べないでください。)
- 水分制限はありません。(ただし、腹部検査の場合は水やお茶でお願いいたします。)
- 薬は今まで通り飲んでください。(糖尿病の方は医師の指示に従ってください。)

<MRI検査とは>

- ◇ MRI検査は、核磁気共鳴という現象を応用して人体の断層像を得る検査です。磁場と電波を利用した検査ですので、放射線は一切使用しておりません。
- ◇ 検査はトンネル状の機械に入り、非常に大きな音の中で行います。

<検査に注意が必要な方> 検査ができない可能性があります。事前にお知らせください。

- ◇ 心臓ペースメーカー、植込型除細動器を使用している方。
- ◇ 脊髄刺激装置等刺激電極を使用している方。
- ◇ 手術により体内に金属が入っている方。
(人工内耳、脳動脈クリップ、マグネットタイプの口腔インプラント、義眼、義肢など)
- ◇ 事故やケガなどで体内に金属が入ったことのある方。
- ◇ 刺青、タトゥーがある方。
- ◇ 閉所恐怖症の方。
- ◇ 妊娠中の方。(妊娠初期におけるMRI検査の安全性は確立されていません。)

<検査当日の注意事項>

- ◇ 検査部位に関わらず、身に付けている金属類は全て外していただきます。
(ネックレス、メガネ、指輪、ヘアピン、エレキバン、カイロ、入れ歯、金属のついた下着など)
MRI検査室内は大きな磁場となっているので、磁性体の金属は動いたり外れたりする場合があります。
また、磁性に関わらず全ての金属は、ラジオ波の影響で発熱し火傷を起こす可能性があります。
- ◇ 時計・補聴器などの精密機械、クレジットカードやキャッシュカードなどの磁気記録器具などは、使用不可能になりますので外し忘れの無いようお願いいたします。
- ◇ 化粧品の中には、検査の妨げになったり、火傷の原因となるものもありますので、濃い化粧は控えるようお願いいたします。
カラーコンタクトレンズ、または医療用コンタクトレンズでも色の付いているものは外していただきます。
- ◇ 検査室内には貴重品なども持ち込めませんので、更衣室内のロッカーに置き必ず鍵をかけてください。鍵は、検査担当技師がお預かりいたします。

ご不明な点がございましたら、担当医または検査担当者に遠慮なく御質問ください。
電話でのお問い合わせは、各科診療科またはMRI室に御連絡ください。
検査の際は、MRI検査問診表・同意書の記入をお願いいたします。

独立行政法人 労働者健康安全機構
富山労災病院
TEL0765-22-1280 MRI室(内線2406)

MRI造影検査問診表・同意書

患者氏名 _____

体重

kg

造影検査問診表

造影検査を安全に行うため、下記の質問にお答えください。

1. 今までに、造影検査を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある:CT、MRI、血管造影、その他()
2. その際に、お体に異常はありましたか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある:発疹、吐き気、嘔吐、頭痛、その他()
3. 今までに、喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 以前治療していた
4. アレルギーはありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある:じんましん、アレルギー性鼻炎、アトピー性皮膚炎 薬()、食べ物()、その他()
5. 腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あるが現在無治療 <input type="checkbox"/> 現在治療中 <input type="checkbox"/> 現在透析中
6. 肝臓の働きが悪いと言われたことがありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あるが現在無治療 <input type="checkbox"/> 現在治療中
7. 妊娠の可能性ありますか？ <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 授乳中
8. MRI造影検査説明書を読み、検査内容を理解されましたか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない
医療者 確認欄 検査日1か月以内の腎機能検査 【 月 日 eGFR: 】 検査がない、または異常値の場合は主治医へ報告 主治医確認 eGFR 30~59ml/分の場合(NSFリスクあり) <input type="checkbox"/> 検査可能 eGFR 30ml/分未満の場合(原則禁忌) <input type="checkbox"/> 前処置必要

造影検査同意書

富山労災病院 病院長殿

私は、担当医師から造影剤を用いた検査について説明を受け、質問する機会を与えられました。
また、問診表の記載に相違はなく、検査内容を理解しましたので、造影剤の投与を受けることに

同意します 同意しません どちらかに○をつけてください

年 月 日

患者氏名

(本人が未成年または署名できない場合は、保護者または代理人がご記入ください)

代理人氏名

本人との続柄()

私は、今回の検査での造影剤の必要性と副作用について説明いたしました。

年 月 日

科 担当医師

MRI造影検査説明書

患者氏名 _____

<造影剤とは>

- ◇ 造影検査で使用する造影剤は、MRIではガドリニウムや鉄を含む薬で静脈から注射して使用します。
- ◇ 造影剤を使用することで、血管の状態、臓器の血流の状態などが分かり、診断や治療の経過について重要な情報が得られます。
- ◇ 腎機能が正常であれば、注射後速やかに腎臓から尿中に排泄され、約24時間でほぼ全ての造影剤が体外に排泄されます。

検査終了後は、早期排泄のため、水分を多めに摂取してください。

<検査に注意が必要な方> 該当する方は、事前にお知らせください。

- ◇ 以前、造影剤を使用した検査を受けたことがあり、その際に気分が悪くなった方。
- ◇ 気管支喘息(ぜんそく)と言われたことがある方。
- ◇ アレルギーがある方。
- ◇ 腎臓の病気がある方。

<造影剤の副作用>

造影剤は、安全性に十分配慮されて開発されている薬ですが、まれに副作用が生じることがあります。

- ◇ 軽い副作用: 100人に3人程度
かゆみ、発疹、発赤、吐き気等がありますが、治療を要しないものがほとんどです。
- ◇ 重い副作用: 4万～40万人に1人程度
呼吸困難、血圧低下、意識障害、ショックなどがあり、治療や入院が必要になります。
- ◇ 死亡例の報告: 100万人に1人程度
非常にまれですが、さまざまな処置を行っても改善せず、死に至ることがあります。
- ◇ 遅発性の副作用: 検査終了後30分から数日後
検査後しばらくして、頭痛、発疹、かゆみ、吐き気等の症状が出ることがあります。
この様な症状は殆どが一時的なものです。御心配なことがあれば御連絡ください。
NSF(腎性全身性線維症)
腎機能に障害がある方が造影剤を使用した際に、推定0.1～1%の確率で発症するといわれています。
疼痛、掻痒感、皮膚及び皮下組織の肥厚、関節の拘縮などが症状として現れます。
- ◇ 血管外漏出: 200人に1人程度
造影剤を注入する際に、造影剤が血管外に漏れることがあります。腫れや痛みが生ずることがありますが、通常は自然に吸収されます。必要に応じて処置を行います。

ご不明な点がございましたら、担当医または検査担当者に遠慮なく御質問ください。
造影剤の必要性和副作用について御理解されましたら、MRI造影検査問診表・同意書を記入し、各医療機関へ持参願います。

独立行政法人 労働者健康安全機構
富山労災病院
TEL0765-22-1280 MRI室(内線2406)