

MR I 造影検査依頼伝票

住所	フリガナ			
名称	お名前			
電話	生年月日	年	月	日
FAX				☐ 男 ☐ 女
医師				

検査 施行日	月 日		体重 Kg
	時 分		
撮影 部位	☐ 頭部	☐ 頸椎	特殊指示
	☐ 頸部	☐ 胸椎	ハースメーカー (+ ・ -)
	☐ 乳房	☐ 腰椎	止血クリップ (+ ・ -)
	腹部 (☐ 肝 ☐ 胆 ☐ 脾 ☐ 腎) M R C P		体内金属 (+ ・ -)
	E O B 前立腺		患者の状態
	骨盤部 () 股関節 ()		妊 娠 (無 ・ 有)
	四肢 ()		感染症 (無 ・ 有)
その他 ()		その 他 ()	
臨床診断及び経過、撮影指示詳細等			現在の処方

※造影検査を行う場合はクレアチニン検査及び造影検査同意書の記入をお願い致します。

造影あり

【MRI】造影検査のための問診票・同意書

検査日 月 日 時 分

フリガナ

お名前

☐男

生年月日

☐女

必ず直近の値と測定日の記入をお願い致します

●血清クレアチニン測定値： mg/dl（測定日： 年 月 日）

当てはまる項目にチェックをつけてください。また、必要な項目は（ ）内に具体的な内容をご記入ください。

① 今までに造影剤を使用したことはありますか？ ☐ なし ☐ あり

② 副作用はありましたか？ ☐ なし ☐ あり

（副作用があった方）具体的にご記入ください（ ）

③ 今までに喘息といわれたことがありますか？ ☐ なし ☐ あり

④ 今までに腎臓の働きが悪いといわれたことはありますか？ ☐ なし ☐ あり

⑤ アレルギー体質、食物や薬のアレルギーはありますか？ ☐ なし ☐ あり

（アレルギーのある方）具体的にご記入ください（ ）

⑥ （女性のみ）妊娠中または妊娠の可能性はありますか？ ☐ なし ☐ あり

造影剤使用に関する説明と問診を受けた後、造影剤使用に同意される場合は以下をご記入ください。

◎造影剤の使用について同意します。 署名日： 年 月 日

氏名

代諾者名

患者との続柄（ ）

【検査依頼医師様】

上記問診内容および患者様署名をご確認いただき、お手数ですが下記に医師署名をお願いいたします。

なお、検査時に造影剤による副作用などが発生した場合は当院にて処置をさせていただくことをご了承ください。

依頼元医療機関名：

医師署名：

【MRI】造影剤使用に関する説明

今回実施する検査は、「ガドリニウム系造影剤」という薬剤を使用して検査を行なう予定です。

造影剤を使用することによって、病気の有無や性質、範囲などをより正確に評価することができます。

しかし、造影剤を使用した場合まれに副作用が起こることがあります。副作用は主に次のようなものです。

1. 軽い副作用：発生確率 0.5%以下（1000 人につき 5 人以下）

一時的な吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹など。

基本的に治療は不要です。

2. 重い副作用：発生確率 0.05%以下（1 万人につき 5 人以下）

呼吸困難・意識障害・血圧低下・腎不全など。

これらの副作用の場合は入院のうえ、治療が必要となります。

場合によっては後遺症が残る場合もあります。

極めて低い確率、0.0001%以下（100 万人につき 1 人以下）ですが、症状・体質によっては死亡する場合もあります。

造影剤を注射するときには……

- 造影剤を注入する際、まれに血管外に造影剤が漏れることがあります。

漏れた部位がはれて痛みを伴うこともありますが、基本的に時間がたてば吸収されるので心配ありません。

当院では検査中、担当者が患者様の様子を常時観察し、万一の副作用に対しても

すばやく対応ができるようにしたうえで検査を行なっております。

ご心配な点などありましたら、医師または放射線技師にご相談ください。

MR I 造影検査予約票

氏名： _____ 様

あなたの検査は

月 日 時 分
からです

検査部位は（ _____ ）です。

検査当日は、検査前に当院医師による診察があります。

必ず検査の60分前までにお越しください。

なお、時間までに来院いただけない場合は、検査中止とさせていただきます。

造影剤を使用する患者様は、検査前3時間は食事をしないでください。

※水、お茶、スポーツドリンクなど飲んでも大丈夫ですが、牛乳などの乳製品は飲まないでください。

注意事項

1. 検査時間は30分から45分程度です。
2. 検査前に当院医師の問診があります。
3. 検査内容で開始時間が多少前後する場合があります。
4. 検査予約の日時は必ず守ってください。※時間に遅れた場合は検査中止とさせていただきます。
都合の悪いときはできるだけ早めに、当院及び予約をした医療機関様へご連絡ください。

石橋総合病院 連絡先：TEL 0285（53）1134

検査当日は、以下の物を必ずお持ちください。

忘れてしまった場合は、検査ができない場合があります。

【マイナンバーカード、高齢者医療受給者証、紹介状、造影検査同意書】

MR Iは磁力を用いて体内を検査する装置です。

放射線被曝もなく安全ですが、高磁場内での検査のため、次の点に注意してください。

- ペースメーカーを体内に入れている方は検査の対象外となります。
- 人工関節等の金属製品を体内に入れている方、妊娠初期、重症不整脈、脳動脈クリップ、血管内ステントを入れている方は要注意対象となりますので、開業医様にご相談ください。
- 刺青を入れている方はご相談ください。検査の対象外となる場合があります。
- 検査時は、検査担当の放射線技師の案内を受けてください。
- 以下の物は検査室内へ持ち込まないでください。なお、更衣室に専用ロッカーがあります。

安全ピン ヘアピン 入れ歯 補聴器 ピアス カツラ メガネ カギ ネックレス 湿布
使い捨てカイロ エレキバン等の磁性治療器 時計 スマホ等の精密機械
財布 クレジットカード、キャッシュカード等カード類全て ヒートテックのような保温性素材の肌着
金具など金属が付いている下着 バックル等のベルト金具