

MRI 検査予約票

氏名 _____ 様

検査予約日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日) 午前：午後 _____ 時 _____ 分

※予約時間30分前に来院し、受付に診察券・保険証を提示して下さい。

野上病院以外の病院からの方は、検査予約票と診療情報提供書を提示して下さい。

※検査結果の説明は 当日検査終了後に行います。

後日、診察時に行います。(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

※造影剤使用の検査・MRCP検査の場合は食事をとらずに来院してください。

午前の検査の場合 朝食は摂取しないでください。

午後の検査の場合 朝食を済ませてからは食べないでください。

注意事項 MRI検査を受けられる方へ (必ずお読み下さい)

- ① 検査時間は、検査部位により15分から40分程度かかります。
- ② 緊急検査などで予定時間より遅れる場合がございます。ご了承ください。
- ③ 所定の検査衣に着替えていただく必要があります。
- ④ 検査時間に遅れる場合は必ずご連絡ください。
- ⑤ 検査当日はお化粧をひかえめをお願いします。
マスカラ・アイシャドウ・口紅は色素に金属が含まれるものがあり熱感を感じる場合があります。
- ⑥ カラーコンタクトはお控えてください。(色素に金属が含まれているため)
- ⑦ **次に該当する方は必ず主治医および検査担当者にお申し出ください。**
 - ・ 妊娠中または妊娠されている可能性のある方
 - ・ 頭部・心臓・血管の手術を受けたことのある方
(クリップ・ステント・コイル・人工弁・シャントなどは検査可能か確認が必要です。)
 - ・ 心臓ペースメーカーを使用している方 (MRI 対応型でも当院では不可)
 - ・ 人工内耳・神経刺激装置などの体内電子装置を使用している方
 - ・ 閉所恐怖症または、狭いところが苦手な方
 - ・ 刺青・アートメイクをされている方
 - ・ 体内に金属が入っている方 (金属避妊用具・ボルト・プレート・義眼・中国針 等)
- ⑧ **次のものは、外していただきます。**
(MRI 室に持ち込むと故障したり検査に影響を及ぼすことがあります)
金属類 (眼鏡・ライター・ヘアピン・アクセサリ・鍵・かつら・入れ歯
カイロ・エレキバン・コルセット・義手 義肢 等)
磁気カード (キャッシュカード・定期券・ICカード 等)
精密機械 (携帯電話・補聴器・時計 等)
- ⑨ 予約日変更を希望される方は、下記までご連絡ください。

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎ (072) 484-0007 (代) 内線 (1193)

MRI検査問診票

ID _____ 患者氏名 _____

下記の質問について、口欄にチェックを記入してお答えください。

【禁忌事項】 ※MRI検査を受ける事が出来ません。

- ① 心臓ペースメーカーがありますか。(MRI対応型でも不可) はい いいえ
- ② 人工内耳、神経刺激装置等の体内電子装置がありますか。 はい いいえ
- ③ 平成12年(2000年)以前に施術された脳動脈瘤クリップがありますか。 はい いいえ
- ④ 3ヵ月以内に施術されたクリップやステント(胆道、食道、気管等)、
心臓や血管内に金属類(コイル、ステント、カテーテル等)がありますか。 はい いいえ
- ⑤ シヤント(脳室シヤント等)がありますか。 はい いいえ
- ⑥ ※女性の方へ 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか。 はい いいえ

【要確認事項】 ※MRI検査に注意が必要です。

- ⑦ 手術で、体内に金属がありますか。 はい いいえ
【はいの場合】 (いつ頃： _____ 年 部位： _____)
- ⑧ 入れ墨・アートメイク等をしていますか。 はい いいえ
※やけど、発赤、熱感、変色等の可能性があります。
- ⑨ カラーコンタクトをしていますか。 ※当日は使用を避けて下さい。 はい いいえ
- ⑩ グルコースモニタシステム(リブレ等)をしていますか。 はい いいえ
- ⑪ 貼り薬を貼っていますか。(ニトロダーム、ニコネルTTS、フェントステープ、ニュープロパッチ等) はい いいえ
- ⑫ けがや仕事等により金属片や金属粉が体内にありますか。 はい いいえ
- ⑬ 閉所恐怖症ですか。 はい いいえ
- ⑭ 下記の金属類や人工的なものを身につけている方は、○で囲んで下さい。

補聴器 義歯 歯列矯正器具 磁性アタッチメント義歯 義眼 義手 義足 コルセット
磁石式尿道カテーテルキャップ マグネットネイル その他(_____)

MRI検査同意書

医師署名 _____

私は、MRIに関する概要と禁止事項の理解が出来ましたので、MRI検査を受ける事に同意します。

(同意された場合でも、撤回する事が出来ます。)

同意日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者本人署名 _____

代理人署名 _____ (続柄 _____) 患者名 _____

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎(072)484-0007 (代)

依 頼 書

年 月 日

紹介先医療機関

医療法人 晴心会 野上病院
放射線部 担当医

電話：(072)484-0007 (内線1193)

FAX：(072)484-1949

紹介元医療機関の所在地及び名称

医療機関名：

所在地：

電 話：

F A X：

医師氏名：

フリガナ		患者搬送	独歩・車椅子・ストレッチャー	
患者氏名	様	男・女	生年月日 年 月 日 () 歳	
検査日時： 年 月 日 () 午前・午後 時 分				
紹介目的 (傷病名・症状・治療経過および検査結果)				
※感染症 HCV抗体定性 (+ -) HBs抗原 (+ -) 結核 (+ -) COVID-19 (+ -) 感染症に関する検査の実施 (有 無)				
C T (単純・単純+造影)		M R I (単純・単純+造影・MRCP)		
検査部位		検査部位		
頭部 副鼻腔 脳血管 (3D-C T A) 頸部 胸部 胸腹部 (胸～骨盤腔) 腹部 (肝・胆・膵・腎・骨盤腔) 肝 (3相) 頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙尾椎 四肢 () (R・L)		頭部 (MRI+MRA) 頭部 (MRIのみ) 頸部 (MRA) 頸部 (MRI) 眼窩部 副鼻腔 肩関節 (R・L) 頸椎 胸椎 胸腰椎 腰椎 仙尾椎 骨盤 股関節 四肢 () (R・L) 腹部 (肝・胆・膵・腎) MRCP 骨盤腔 (婦人科・前立腺)		
備考 (撮影詳細・検査部位など)				

MRI造影検査について

MRI検査の場合、一般的には、最初に造影剤を使わずに撮影します。（単純MRI検査）
続いて、静脈から造影剤を注入して撮影します。（造影MRI検査）
造影剤は、血流の豊富な組織に分布します。その分布の仕方を分析して、診断を行います。

造影MRI検査の利点

造影MRI検査を加えることにより、一層正確な診断が可能となります。

1. 血管の詳しい情報を得ることができる。

閉塞・狭窄・血管奇形・解離・動脈瘤など。

※頭部・頸部のMR血管撮影は、ほとんどの場合、造影剤は使用しません。

2. 腫瘍・膿瘍などの検出が容易になる。

3. 病変の性状の診断に有用である。

肝腫瘍の良悪性の鑑別。悪性腫瘍・血管腫・嚢胞の鑑別など。

4. その他にも、病気の種類によって、多くの利点があります。

造影剤の副作用

造影剤は副作用の少ない薬剤ですが、人によっては次のような副作用が出る場合があります。

- ・ 軽いもの・・・かゆみ、発疹、吐き気、嘔吐、胃の不快感など（頻度：0.01～1%）
- ・ 中等度のもの・・・息切れ、動悸、不整脈など（頻度：0.02%）
- ・ 重篤なもの・・・意識消失、血圧低下、呼吸困難、アナフィラキシーショックなど（頻度：0.01%）。入院処置や経過観察が必要な場合もあります。
- ・ 死亡・・・過去13年間の使用中に全国で1例の死亡例があります（ただし、造影剤との因果関係は証明されていません）

検査中は看護師、放射線技師が患者様の様子を観察していますので、万一重篤な副作用が発生した場合も、迅速な処置を行えるように万全の体制を整えております。

造影剤注入後に、身体に変調があれば、すぐにお知らせ下さい。

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎(072)484-0007(代) 内線(1193)

造影MRI検査 問診票兼承諾書

※ID _____ 様 氏名 _____ 様

MRI造影検査を行うために、以下の問診に正確にお答え下さい。

1. 今までにMRI検査で造影剤を用いたことがありますか。 はい いいえ
2. その時に、副作用はありましたか。 はい いいえ
『はい』の方は、以下の項目にチェックをして下さい。
発疹・かゆみ・吐き気・頭痛・くしゃみ・咳・息苦しさ・その他 ()
3. 今までに気管支喘息と言われたことがありますか。 はい いいえ
4. 腎機能障害がありますか。 はい いいえ
_____ ml/d eGFR _____ ml/分/1.73m² **30 ml未満の場合 原則禁忌**
5. 下記の疾患・状態がありますか。 はい いいえ
高度肝障害・ヘモクロマトーシス・鉄過敏症・一般状態が極度に悪い。
妊婦・授乳中（24時間以内は授乳をしないで下さい。）
6. アレルギー体質・アレルギー性の病気がありますか。 はい いいえ
『はい』の方は、以下の項目にチェックして下さい。
金属アレルギー・鉄剤アレルギー・蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症
薬 () 食物 () その他 ()

造影MRI検査 承諾書

部署 _____ 確認医師（署名） _____

私は、造影MRI検査の必要性・造影剤の危険性について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意します。（同意された場合でも、撤回する事が出来ます。）

承諾日： 年 月 日

患者本人（署名） _____ 様

親族又は代理人（署名） _____ 様（続柄 _____） 患者名 _____ 様

※造影検査を拒否される場合には、以下の欄に御署名下さい。

私は、造影MRI検査の必要性・造影剤の危険性について説明を受けましたが、造影検査を受けることを拒否します。そのことによる結果については、病院・主治医の責任を追究しないことに同意します。

患者本人（署名） _____ 様

親族又は代理人（署名） _____ 様（続柄 _____） 患者名 _____ 様

医療法人晴心会 野上病院 放射線部

大阪府泉南市樽井1-2-5 ☎ (072) 484-0007 (代) 内線(1193)