MRI 検査予約票





ID	氏名	検査日	検査時間	来院時間
		月　　日	：	：

検査を受けられる方へ

1. 撮影部位によっては、3 時間前より絶飲食が必要です。(必要・不要)
2. 検査当日は 30 分前に来院し、予約票と問診票を受付に提出してください。
3. 検査時間は 30～60 分程度かかりますので、あらかじめトイレに行っておいて下さい。
4. 検査は予約制となっていますが、急患が入った場合は多少時間が遅れることがあります。
5. 心臓不可造影 MRI 検査を受けられる方は、24 時間前よりコーヒー等のカフェイン摂取はしないでください。
6. 予約日にご都合が悪くなった場合は、あらかじめ下記へのご連絡下さい。なお、予約時間に来られなかった場合、キャンセル扱いになる事があります。ご了承下さい。
7. 絶飲食で来院された患者様へ。朝の内服がある方は、内服薬と軽食を持参して頂き検査後、食事と内服をして頂くようお願いします。

検査内容

1. 磁力とラジオ波を使ってコンピュータ処理によって体の断面像を得ます。CT 検査と違い放射線を使用しません。
2. 検査中はトンネル型の大きな磁石の中に体を入れた状態で撮像を行います。入っている間は体を動かさないように、安静にしていて下さい。
3. 検査中は「ドドドド、ガーガー」といったような大きな音がしますが、検査のための音ですので心配ありません。
4. 検査中はマイクで担当技師と会話できますので、安心して検査を受けて頂けます。

入室時の注意事項

1. 強い磁場の中に入りますので、腕時計・磁気カード(キャッシュカードなど)・磁気テープ類は使えなくなる可能性があります。絶対に持ち込まないで下さい。
2. コンタクトレンズ(特にカラーコンタクト)・補聴器・入れ歯・使い捨てカイロ・ピアス・ネックレス・ヘアピン・かつら・シップ・貼付薬など外せるものは事前に外しておいてください。
3. 化粧品(アイシャドー・ヘアムース・マスカラなど)は、事前に落としておいて下さい。
4. 保温下着(ヒートテックなど)で低温火傷をする場合があります。
5. 担当技師の指示があるまで絶対に入室しないで下さい。

循環器専門施設
草津ハートセンター
Cardiovascular Medicine KUSATSU HEART CENTER
Tel:077-568-5333

MRI 検査依頼書

お手数ですが、お電話でお申込み頂き、この用紙を Fax して下さい。(Tel:077-568-5333 Fax:077-568-1126)
別紙の検査予約票に検査日時・時間をご記入のうえ、患者様にお渡しください。
患者様に問診票をお渡しのうえ、検査日までに記入して頂くよう、ご指示ください。

検査日	平成　　年　　月　　日	予約時間	時　　分

患者情報	フリガナ	
	氏名	男 ・ 女
	生年月日	(T・S・H)　　年　　月　　日
	住所	〒
	Tel	
医療機関情報	医療機関名	
	住所	
	Tel	
	医師名	
検査部位	撮像部位に◯印をして下さい。	
	頭部:　頭部 MRI＋MRA・副鼻腔・眼窩　　頚部:甲状腺・咽頭　喉頭 胸部:　心臓 MRI 上腹部:肝臓・胆のう・膵臓・腎臓　　骨盤腔:膀胱・前立腺・子宮卵巣 血管系:頚動脈・鎖骨下動脈・腎動脈・大動脈・下肢 脊椎:　頚椎・胸椎・腰椎・全脊椎スクリーニング・頚胸椎移行部・胸腰椎移行部 関節:　股関節・膝関節(右・左)・足関節(右・左)・肩関節(右・左)・手関節(右・左) その他:(　　)　　の部位及び造影検査は絶飲食での撮影となります。	
種別	□単純 □造影(Gd)　腎機能障害　なし・あり→eGFR か Cre の値(　　)　※eGFR<30 は原則造影不可です。	

病名・依頼内容　※できるだけ詳細にご記入下さい。
病名:
依頼内容:

MRI 検査問診　部位＿＿＿＿施行日＿＿＿＿

MRI 検査をできるだけ安全に施行するために下記の質問にお答え下さい。

1. いままで、MRI 検査を受けたことがある。　□はい　□いいえ
2. 心臓ペースメーカーを使用している。　□はい　□いいえ
3. 脳動脈瘤クリップなどの医療用金属材料が体内にある。　□はい　□いいえ
   具体的に（　　）
4. 人工内耳を使用している。補聴器をしている。　□はい　□いいえ
5. その他の携帯・埋め込み型治療用電子機器を使用している。　□はい　□いいえ
6. 眼球内に金属異物がある。またはその可能性がある。　□はい　□いいえ
7. 人工関節やその他の金属異物が体内に存在する。　□はい　□いいえ
   具体的に（　　）
8. コンタクトレンズを使用している（カラーコンタクト）。　□はい　□いいえ
9. 化粧品・ヘアピン（マグネットネイル）・かつら（増毛パウダー）　□はい　□いいえ
10. 入れ歯・差し歯を使用している。（取り外し　可・不可）　□はい　□いいえ
11. 磁性アタッチメント義歯を使用している。（歯科医師の許可の有・無）　□はい　□いいえ
    磁性アタッチメント義歯関する同意書へのサインをお願いします。
12. インプラント、義眼などを使用している。　□はい　□いいえ
13. イレズミをしている。　□はい　□いいえ
14. 閉所恐怖症である。またはその可能性がある。　□はい　□いいえ
15. 食後（　　）時間です。

女性の方のみお答え下さい。

16. 妊娠もしくはその可能性がある。　□はい　□いいえ
    妊娠（　　）週

検査の内容により、3 時間前より絶飲食とさせて頂きます。
ご協力ありがとうございました。上記の問診のうち 2～16 に「はい」とお答えいただいた方のうち、検査が不可能な場合がありますので、ご了承下さい。

問診の記載に相違ありません。

問診日　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿　説明担当者＿＿＿＿＿＿＿＿

当日担当者＿＿＿＿＿＿＿＿

造影剤副作用問診票

造影検査をなるべく安全に施行するために下記の質問にお答え下さい。
※記入漏れや誤記がありますと検査を中止する場合があります。

1. 薬や注射、食物アレルギーを起こした事がありますか？　□はい　□いいえ
2. アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・気管支喘息はありますか？　□はい　□いいえ
3. 今まで静脈注射や点滴で腎臓・胆嚢・CT 検査・血管検査を受けたことがありますか？　□はい　□いいえ

　3. で「はい」と答えられた方
　その時に変わったことはありましたか？　□はい　□いいえ

「はい」と答えられた方
どのような症状がありましたか？
症状（　　）

4. 家族の方でアレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？　□はい　□いいえ
5. 甲状腺の病気と言われたことはありますか？　□はい　□いいえ
6. 鉄過剰症・鉄過敏症と言われたことはありますか？　□はい　□いいえ
7. 消化管疾患（潰瘍性大腸炎、胃潰瘍など）の治療をおこなっていますか？　□はい　□いいえ
8. 緑内障と言われたことはありますか？　□はい　□いいえ
9. 心臓病と言われたことはありますか？　□はい　□いいえ
10. 高血圧と言われたことはありますか？　□はい　□いいえ

女性の方のみお答え下さい。
妊娠していますか？　□はい　□いいえ

男性の方のみお答え下さい。
前立腺肥大と言われたことはありますか？　□はい　□いいえ

問診の記載に相違ありません。

問診日　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　説明担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

当日担当者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI 造影検査に関する説明書

検査の目的と方法

MRI 検査とは、磁石と電磁波を使ってコンピュータ処理にて体の断面像を得ます。CT 検査と違い放射線を使用しません。検査中はトンネル型の大きな磁石の中に体を入れた状態で撮影を行います。入っている間は体を動かさないように安静にしていて下さい。

また、病変を見やすく撮影するために造影剤という薬剤を注射しながら撮影を行います。

検査に伴う合併症の可能性

最近では、副作用の少ない造影剤が開発されていますが、それでも副作用を全くなくすことができません。軽微な副作用は 100 人に 1 人(1%)、重篤な副作用は 1 万人(0.01%)に 1 人、また 100 万に1人(0.0001%)程度の割合で死亡例も報告されています。

また、重篤な腎障害のある患者様への造影剤の使用により腎性全身性線維症を発現した症例も報告されています。妊婦中の投与に関する安全性は確立されていません。授乳中のかたは授乳を避けて下さい。小児等への投与も安全性が確立されていません。

なお、帰宅後に発疹などの症状が出来ることもあります。異常を感じましたら、ご連絡下さい。稀に血管外に造影剤が漏れ、注射部が腫れて痛みが伴う場合がありますが、時間が経てば自然に吸収されるので心配ありません。検査に伴う合併症が起きた場合は、すみやかに適切な処置を行います。

入室時の注意事項

1. 強い磁場の中に入りますので、腕時計・磁気カード(キャッシュカードなど)・磁気テープ類　などは使えなくなる可能性があります。絶対に持ち込まないで下さい。
2. コンタクトレンズ・補聴器・入れ歯・差し歯・使い捨てカイロ・ピアス・ネックレス・ヘアピン・マグネットネイル・かつら・シップ・貼付薬など外せるものは前もって外しておいて下さい。
3. 化粧品(アイシャドー・ヘアムース・マスカラ・薄毛パウダーなど)は、前もって落としておいて下さい。
4. 保温下着(ヒートテックなど)で低温火傷をする場合がありますので、着用は控えて下さい。
5. 造影剤を使用しますので、アレルギー体質・気管支喘息・重度の腎障害のある方や、過去に造影剤で副作用の症状が出た方は、主治医もしくは検査担当者に必ず申し出て下さい。
6. 係員の指示があるまでは、絶対に入室しないで下さい。

検査内容

造影剤の注射をされた方は造影剤の排泄を促すために、検査終了後いつもより多めに水分をとって下さい。また、造影剤注射後 1 時間以上たってから副作用が出る場合がありますので、そのような場合はすみやかにご連絡下さい(☎ 077-568-5333)。

以上、何かわからないことがありましたら、いつでもお尋ねください。

説明日　　年　　月　　日

医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI 検査における磁性アタッチメント義歯に関する同意書

本日受ける MRI 検査は、強力な磁石の力を使って検査を行うため、現在使われている磁性アタッチメント義歯は、磁石が磁化され、吸着しなくなる恐れがあります。そのため、あらかじめ「**MRI 検査における磁性アタッチメント義歯に関する同意**」をいただいております。

また、MRI により吸引力が低下する可能性および実際にそうなった場合においても金銭面などを含めた補償は当院ではしておりません。

以上のことを同意の上、納得されましたら同意書にご署名お願いいたします。

☐同意します　　☐同意しません

問診日　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　説明担当者＿＿＿＿＿＿＿＿

当日担当者＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI 検査における磁性アタッチメント義歯に関する同意書

本日受ける MRI 検査は、強力な磁石の力を使って検査を行うため、現在使われている磁性アタッチメント義歯は、磁石が磁化され、吸着しなくなる恐れがあります。そのため、あらかじめ「**MRI 検査における磁性アタッチメント義歯に関する同意**」をいただいております。

また、MRI により吸引力が低下する可能性および実際にそうなった場合においても金銭面などを含めた補償は当院ではしておりません。

以上のことを同意の上、納得されましたら同意書にご署名お願いいたします。

☐同意します　　☐同意しません

問診日　　年　　月　　日

署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　説明担当者＿＿＿＿＿＿＿＿

当日担当者＿＿＿＿＿＿＿＿