

診療情報提供書 (MRI 検査依頼状)

東京洪誠病院 行 FAX: 03-5888-9881

〒123-0843 東京都足立区西新井栄町 1-17-25 TEL 03-5888-9880

ふりがな 患者氏名 男 ・ 女	ご紹介医療機関名・所在地
生年月日 大・昭・平・令・西暦 年 月 日 (歳)	診療科
住所	ご紹介 医師氏名
電話番号	ご紹介医療機関電話番号

検査日時: 年 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分

検査法: <input type="checkbox"/> 単純、 <input type="checkbox"/> 造影 (要同意書)
--

検査部位 (括弧内の詳細部位もチェックをお願いします) ●頭部 (脳 ・ 下垂体 ・ 眼窩) ●頸部 (咽頭 ・ 喉頭 ・ 耳下腺 ・ 甲状腺) ●胸部 (縦隔 ・ 乳房) ●腹部 (肝 ・ 膵 ・ 脾 ・ 胆のう ・ 腎 ・ MRCP) ●骨盤腔 (子宮 ・ 卵巣 ・ 膀胱 ・ 前立腺) ●脊柱 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) ●関節 (肩 ・ 肘 ・ 股 ・ 膝 ・ 手 ・ 足) (右 ・ 左) ●非造影MRアンギオ (頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 下肢) ●その他 (具体的に)

診断名・臨床症状・検査結果など ※造影検査の場合はクレアチニン値のご記入をお願い致します。
--

特別撮影指示事項 (記載がない場合、当院ルーチン撮影とさせていただきます)

MRI 検査説明書

MRI（磁気共鳴画像）検査とは

- MRI とは強い磁石と電波を使って身体の内部の状態を検査する方法です
- 所要時間は約30分くらいです。
- 検査の最中は工事現場のような大きな音がしますが、無痛で安全な検査です。
- 動きに大変弱いため検査中は体を動かさないようにお願いします。
- 金属類・カード類は検査室内に持ち込めません。
詳しいことは当日担当者がご案内しますので指示に従ってください。

次のような方は検査を受けられないことがあります。

- 心臓ペースメーカーや刺激電極などを身につけている方。
- 体内に脳動脈瘤クリップや人工関節などの金属が埋め込まれている方。
- 妊娠中、または妊娠の可能性のある方。
- 閉所恐怖症等、また暗いところが苦手の方。
- 入れ墨のある方、キラキラする化粧をしている方。
上記にあてはまる方は検査担当者に予めお知らせ下さい。

検査前の準備

次の物は、故障したり検査に影響したりすることがありますので、検査前に必ず取り外して下さい。所定の検査着に着替えてから検査室に入ります。

- 貴金属類、カギなどの金属類。
- 時計、携帯電話、補聴器、ヘアピン、カイロ、ヒートテック製品など
- 磁気カード(キャッシュカード・クレジットカード・定期券・診察券など)
- その他不明な点は検査担当者にご相談下さい。
- カラーコンタクトを装着されている方は、検査をお受けになれません。必ず外してからご来院くださいますようお願いいたします。なお、当院ではコンタクトケース、保存液の準備がございません。

MRI 造影検査の検査説明書・同意書

(造影剤を使用しない場合は記入の必要ありません)

あてはまる項目をチェックしてください

1) 造影検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
ある場合、副作用がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
どのような症状でしたか ()		
2) 薬によるアレルギーはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
アレルギーを起こした薬剤名と症状 () ()		
3) 気管支ぜんそくはありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
5) 腎機能障害はありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
6) 授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

検査に対する注意事項

- 検査前の食事の制限はありませんが以下の方はお食事制限があります。
 - ① 腹部検査の方：食事を検査の2時間前までに済ませてください。
 - ② 造影剤を使用される方：**お食事を検査の4時間前までに済ませてください**
ただし、水の摂取は可能です。
- 当院担当医の医学的な判断で造影剤を用いない場合もあります。
- 授乳中の場合は検査後24時間以内の授乳を控えてください。

造影剤に関する説明

検査薬はガドリニウム造影剤で、詳細な診断のために使用する薬です。

造影剤の副作用には以下のものがあります。

1. 吐き気、顔のほてり、発疹、冷汗、動悸などが一時的に現れることがあります。(頻度は0.1~1%未満)。
2. ごくまれ(頻度は0.01%以下)ですが、呼吸困難、ショックなど生命にかかわる重篤な症状があり、死亡の報告もあります。
3. 腎不全の方に腎性全身性線維症という全身の皮膚が硬化する合併症の報告があります。

検査同意書

同意された後でも、同意を撤回することができます。

平成 年 月 日 上記の注意事項の説明を読み十分に理解した上で造影検査を受けることに同意します。

署名 _____ (本人 、代筆続柄 _____)

医療法人社団 洪泳会 東京洪誠病院

医療法人社団 洪泳会 東京洪誠病院 03-5888-9880

検査当日、検査時間の15分前までに当院2F総合受付へお越しください

MRI 検査を受ける皆様へ（予約票）

ふりがな
患者氏名

男・女

生年月日 大・昭・平・令・西暦

年 月 日

検査日時

年 月 日 (曜日)

午前・午後 時 分

造影剤： 使用しない ・ 使用する

受診当日にお持ちいただくもの

- 保険証
- 紹介元病院の先生からお預かりした書類など
- 本票



洪泳会 東京洪誠病院

TEL: 03-5888-9880 〒123-0843 東京都足立西新井栄町 1-17-25