MRI検査　予約票

ID　　カナ
氏名

検査日時:　　年　月　日(　)　　時　分

検査内容:

1. 検査当日は、**予約時間 30分前** に **1階 受付** へお越しください。
2. この**予約票、健康保険証、診察券**（板倉病院に受診されたことのある方）を受付にお出しください。
3. 予約日時に来られない場合は、ご連絡ください（TEL 047 - 431 - 2662）。
4. 安全に検査を受けていただくため、検査着に着替えていただきます。

☆検査当日のお食事やお薬について

腹部の検査、あるいは造影MRI検査を受ける方は、検査時間の4時間前より絶飲食して下さい。水と白湯のみ、飲んでいただいて問題ありません。
※腹部以外の単純MRI検査の方は、お食事の制限はありません。
※常用薬は、いつも通り服用・貼付して下さい。
※糖尿病の方は、当日のお食事・お薬については主治医にご相談ください。

交通のご案内

●お車でお越しの方
当院正面のナビパークをご利用ください。外来患者様には割引があります。
（ご利用可能台数に限りがあります。満車の場合は、近隣のコインパーキングをご利用ください。）
・お車を降りられたら「駐車証明書」を発券してお持ちください。
・検査後、受付にご提示いただくと割引券が発行されます。

●電車でお越しの方
京成本線　京成船橋駅より徒歩5分
JR総武線・東武野田線　船橋駅より徒歩7分

●所在地・連絡先
ご不明な点がございましたら、下記の連絡先までお問い合わせください。

医療法人弘仁会　板倉病院
〒273-0005　千葉県船橋市本町2-10-1
TEL　047 - 431 - 2662

(ID：　　)

ＭＲＩ検査問診票

患者ID：　　氏　名：　　身　長：　　cm　体　重：　　kg

ＭＲＩ検査は、体の断面や血管を撮影するために、強い磁場と電磁波を利用します。
そのため、体内に心臓ペースメーカーなどの電子機器や金属などが存在すると、それらに悪影響を及ぼし、
不慮の事故が起こる可能性があります。安全に検査をお受けいただくために下記の質問にお答えください。

1. 今までにＭＲＩ検査を受けたことがありますか？　（ な い ・ あ る ）

2. 心臓ペースメーカー ・ 除細動器 ・ 人工内耳を使用していますか？　（ あ る ・ な い ）

3. 今までに手術を受けたことがありますか？　（ あ る ・ な い ）
『ある』と答えた方へ質問です。手術時、体内に金属を留置しましたか？
該当するものがあれば、〇で囲んでください。
（脳動脈クリップ(ＭＲＩ対応の有無を確認してください) ・ 脳室シャント ・ ステント ・ コイル
金属製の心臓人工弁 ・ 整形外科手術による金属 ・ 神経刺激装置
その他・詳細（　　））

4. 最近、内視鏡検査を受け、治療しましたか？　（ あ る ・ な い ）
（検査日：　　年　　月　　日）

5. 金属研磨や板金、旋盤などの金属加工の職歴がありますか？　（ あ る ・ な い ）
『ある』と答えた方へ質問です。目や体内に金属片が入っていますか？　（ あ る ・ な い ）

6. 磁石式の入れ歯や義眼などを使用していますか？　（ あ る ・ な い ）

7. 補聴器を使用していますか？　（ あ る ・ な い ）

8. 刺青やアートメイクがありますか？　（ あ る ・ な い ）
『ある』と答えた方へ質問です。
火傷や変色の可能性がありますが、検査に同意されますか？　（ いいえ ・ は い ）

9. 狭い場所は大丈夫ですか？　（ いいえ ・ は い ）

10. 現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性がありますか？　（ は い ・ いいえ ）

※問診票の結果によっては、身体の安全を考え検査を中止することがあります。ご了承ください。

検査予定日：　　年　　月　　日　［　　時　　分］

検査を受けられるご本人の署名　　担当技師の署名

（代筆者　　）

医療法人弘仁会　板倉病院放射線科
2018年10月 2日 作成

検査・処置に関する説明・同意書

造影ＭＲＩ検査

患 者 氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1．造影MRI検査の目的と方法ついて

＜目　的＞ 通常のMRI検査に加え、血管や血流の状態をより詳しく診断するために行います。

＜方　法＞ ガドリニウムという重金属（全ての疾患で有用）または、鉄（肝臓疾患に対して有用）を用いた造影剤を腕や手から静脈注射します。

2．造影MRI検査の予想される効果と不利益（危険性、合併症）について

(1) ガドリニウム造影剤：使用量は3～20cc前後（疾患や体格によって異なります）

＜効　果＞ 造影剤の分布から、血管の状態、臓器の病変部の血流状態を知ることができ、より詳細な診断が可能となります。

＜不利益（副作用）＞ 造影剤の副作用として以下のようなことがあります。

吐気、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)。極めて稀ですが呼吸困難、ショックなど生命にかかわる重篤な症状（頻度は0.01%以下）や100万人に1人の割合で死亡の報告があります。また腎不全の方に、腎性全身性繊維症という全身の皮膚が硬化してしまう合併症の報告があります。（日本造影剤副作用検査委員会からの報告）

このような副作用に対しては、速やかな対応が可能な体制で検査を行っています。異常を感じた場合はお知らせください。

(2) 肝特異性造影剤：使用量は0.3～1cc前後（疾患や体格により異なります）

＜効　果＞ 静脈内に投与することで主に肝臓に集まり、肝内の病変の有無や良・悪性の鑑別が容易になります。

＜不利益（副作用）＞ 造影剤の副作用として以下の2つがあります。

①即時性副作用

検査中や検査直後に起こります。だるさ、熱感、頭痛が一時的に現れることがあります。発生頻度は100人に3人以下（2.8%）と報告されています。極めてまれな副作用（頻度は不明）として冷汗、胸苦しさ、また呼吸困難、ショックなど生命にかかわる重篤な症状が出ることもあります。（日本造影剤副作用検査委員会からの報告）このような副作用に対しては、速やかな対応が可能な体制で検査を行っています。

※造影剤が血管外に漏れた場合、同部に色素沈着が生じる可能性があります。異常を感じた場合はお知らせください。

②遅発性副作用

造影剤使用後1時間から数日後に鼻出血や発疹が現れることがあります。ほとんどの場合治療の必要はありませんが、何らかの異常があれば受診科までご連絡ください。

3．造影MRI検査以外の可能な診療方法とその利害損失について

他に超音波・CT検査や造影剤を使用しないMRI検査等がありますが、特に血管や血流状態の把握が必要な病気では、造影MRI検査により詳しい診断が可能となります。

4．造影MRI検査の副作用予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか、予め調べる方法は現在のところありません。当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には担当医等で最善の処置を施します。

5．同意の撤回について

この同意はいつでも撤回できますので、お申し出ください。

6．造影剤の使用について

検査当日の状態により担当医の判断で造影剤を使用しないことがあります。

7．アレルギー歴・既往歴について

(1) MRI用造影剤（ガドリニウム製剤）による副作用を起こしたことがある	□ な　し	□ あ　り
(2) 気管支喘息と診断されている	□ な　し	□ あ　り
(3) 腎機能障害の既往について	□ な　し	□ あ　り

8．食事・水分の摂取について

腹部の造影検査を受ける方は、検査前3時間以内の飲食を控えてください。

腹部以外の造影検査を受ける方は、検査前3時間前以内の食事を控えてください。

水分は、造影検査の前後で充分補給してください（乳製品とアルコールを除く）。

9．検査予定日　　年　　月　　日　〔　　時　　分～〕

前記 1～9 について説明を行い、造影MRI検査に際してアレルギー歴・既往歴に問題がないことを確認いたしました。

説 明 日：　　年　　月　　日

説 明 者：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　同席看護師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

前記 1～9 の説明を受けて、どちらかに○をつけて署名してください。

（　　）私は、説明を受けて内容を理解したうえ、この診療行為に同意しました。

（　　）私は、説明を受けて内容を理解したうえ、この診療行為に同意しません。

※この同意はいつでも撤回できますので、お申し出ください。

※確認事項の内容に変更がありましたら、おかかりの診療科にご連絡ください。

年　　月　　日

患 者 氏 名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　記　載　者（ 本　人 ・ 代筆者 ）

※本人・代筆者どちらかを○で囲んでください

代筆者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との続柄（　　）

代筆者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代 筆 理 由：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

前記 1～9 の説明を受けました。

同席者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　患者との続柄（　　）

同席者住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療法人弘仁会　板倉病院
2017年 2月 1日 作成
2018年 9月13日 改訂

診　療　情　報　提　供　書

（紹介先医療機関）医療法人弘仁会 板倉病院
放射線科

（依頼元医療機関）

依頼元医療機関 患者ID		板倉病院 患者ID	
フリガナ			
患者氏名	（ 男 ・ 女 ）		
生年月日	西暦　　年 Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年	月	日生
患者住所	県・都 道・府	市・区 郡	町 村
電話番号	（　　）		

傷病名 合併症/既往歴	
検査目的	
検査日時	平成　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～
撮影指示	単純ＣＴ ・ 造影ＣＴ ・ 単純ＭＲＩ ・ 造影ＭＲＩ ・ その他（　　）
検査部位	
希望出力媒体	ＣＤ-Ｒ　・　フィルム
クレアチニン値 (造影のみ記載)	ｍｇ/ｄｌ　（平成　　年　　月に検査実施）
体内金属の有無	脳動脈クリップ　なし ・ あり ペースメーカー　なし ・ あり その他　なし ・ あり（　　）
備　　考	