

検査予約依頼書及び診療情報提供書

大阪医科大学三島南病院

令和 年 月 日

地域医療連携室 御中

医療機関名

高槻市玉川新町8-1

受付時間(FAXは24時間受付)

医師名

TEL 072-677-1337(直通)

月～金曜日 9時から17時15分

TEL

FAX 072-677-3366(直通)

土曜日

9時から12時00分

FAX

ふりがな	大・昭・平 年 月 日(歳) 男・女
患者氏名	現住所 〒 TEL - -

当院受診歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	当院ID	
-------	---	------	--

* 保険証・医療証のコピーがあれば記入は不要です。

保険者番号		公費負担番号	
記号・番号		受給者番号	

<input type="checkbox"/> CD-Rを希望する ⇒	<input type="checkbox"/> CD-Rを紹介元に郵送する	<input type="checkbox"/> 当日、CD-Rを患者様に手渡しする
<input type="checkbox"/> 所見を希望する	<input type="checkbox"/> 所見を希望しない	

<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 造影 <small>CT単純検査以外は問診票が必要です。 問診票も一緒にFAXをお願いします。</small>	<input type="checkbox"/> 受診希望 診療科 希望医師 医師	(撮影部位や条件等の記入をお願いします)
---	---	----------------------

<input type="checkbox"/> ホルター心電図	<input type="checkbox"/> 心臓エコー	<input type="checkbox"/> 腹部エコー	<input type="checkbox"/> 頸部エコー	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 胃カメラ	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ	<input type="checkbox"/> VSRAD		

希望検査日

第1希望	平成 年 月 日()	AM・PM	:
第2希望	平成 年 月 日()	AM・PM	:

傷病名
紹介目的
現在の処方

ヨード造影剤検査 問診・同意書

氏名： 様 生年月日： 年 月 日 性別：
ID： 依頼科： 依頼者：
予約日： 年 月 日 予約時間： 代行医：
検査種類： CT 検査部位：

1) 造影検査について

血管内に注射して検査を行います。造影剤を使用する事により、詳細に身体の状態を把握できます。

2) 副作用や合併症について

軽い副作用：吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、発疹などが、約5%以下の割合で起こります。

重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが、約0.1%以下の割合で起こります。重症の場合は注射や点滴、気管内挿管などの処置を行う場合があります、時には後遺症を残す事があります。病状、体質によっては、約0.001%以下の割合で死亡例が報告されています。

造影剤を注入中に血管外に造影剤が漏れる事があります。造影剤が少量漏れた場合は特別な処置は必要ありませんが、多量に漏れた場合は皮膚を切開するなどの処置が必要になる事があります。

3) 検査の必要性について

造影剤には上記のような副作用が起こる可能性があります。主治医は病気を診断し治療していく上で、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えます。

◆ ヨード造影剤の禁忌

・ヨード過敏やヨード造影剤副作用の既往、気管支喘息の方は重い副作用が発生する確率が高く、造影剤を使用できません。また、褐色細胞腫や骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニー、重篤な甲状腺疾患、腎機能低下、重篤な心疾患の方は造影検査ができない場合があります。

◆ 検査時の注意

・造影剤の注入時に体全体が熱くなることがありますが、造影剤による作用で数分すれば治まります。検査時に注射針の周囲が痛い場合や気分が悪い、息苦しいと感じた場合はすぐに知らせてください。

◆ 検査後の注意

・造影剤は尿から体外へ排出されますので、検査後は水分を多めに取ってください。
・医師により水分制限をされている方は、医師の指示に従ってください。
・まれに検査後、数日経ってから蕁麻疹やむくみ、血圧低下などの副作用が現れる事があります。

【 問 診 】

1. 造影剤検査を受けた事がありますか？ 無 ・ 有 (検査名：)
2. その検査時や帰宅後に副作用はありましたか？ 無 ・ 有 (症状：)
3. 気管支喘息と言われた事がありますか？ 無 ・ 有
4. 体質や病気、薬、食物でアレルギーはありますか？ 無 ・ 有 (症状：)
5. 腎臓や甲状腺の病気と言われた事がありますか？ 無 ・ 有
6. 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？ 無 ・ 有 (薬名：)

説明医師署名

(造影検査が可能であると判断します)

【 同意書 】 検査の目的、必要性を担当医より説明を受け理解しましたので、検査を受ける事に同意します。

署名日： 年 月 日

患者様本人 体重 kg

代理人 (親族) 続柄 ()

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます) 大阪医科大学 三島南病院 TEL 072-677-1333(代)

MR I 検査案内票

氏名： 様 生年月日： 年 月 日 性別：
ID： 依頼科： 依頼者：
予約日： 年 月 日 予約時間： 代行医：
検査部位： 採血：（無・有） 診察：（無・有）

- ◆MRI検査は磁場と電磁波を利用し、身体の断面画像や血管画像を撮影する検査です。
撮影時はトンネルの中に入り、比較的大きな音がしますが、撮影に必要なものなのでご了承下さい。
- ◆MRI検査は放射線被曝のない安全な検査と言われていますが、手術等により体内に機器や金属が存在する場合、それらの移動や発熱の可能性があり、不慮の事故が起こる恐れがあります。

MRI検査を安全に実施するために、以下のご説明をお読み下さい。

1) 検査を受ける事ができない方

- ①心臓ペースメーカーや、除細動器を埋め込まれている方
- ②金属製の心臓人工弁をご使用されている方
- ③人工内耳をご使用されている方
- ④神経刺激装置（深部刺激装置）をご使用されている方

2) 検査を受けられない事があるため、担当医師に申し出て下さい。

- ①閉所恐怖症の方
- ②妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方
胎児に対する安全性が確立しておらず、特に妊娠初期は慎重になる必要があります。
- ③手術による金属クリップやコイル、ステント等が体内にある方
金属の材質をご確認下さい。材質が分からない場合は検査をお受けになる事ができません。
- ④その他、金属が体内にある方

外傷等により体内（特に眼）に金属片が存在する場合、材質が分からない場合は検査をお受けになる事ができません。

3) その他の注意

以下のものは、含まれる成分によっては発熱し、眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります。

- ① 入れ墨：火傷や絵が崩れる事があります。
- ② アイライン、マスカラ：火傷を発症する事例があり、検査前に落としていただく場合があります。
- ③ カラーコンタクト：発熱による損傷の恐れがあります。

※ 検査室には、補聴器、装飾品、磁気カード、電子機器類を持ち込むと、故障の原因となります。
入れ歯、湿布、カイロ、エレキバン等は火傷の恐れがある為、取り外していただきます。
更衣室に鍵付きのロッカーを用意しておりますので、そちらに保管をお願いいたします。

4) 検査の注意点

- ・腹部・骨盤および造影検査をお受けになる方は、検査 4 時間前より絶飲・絶食して下さい。
水分については 1 時間前よりお止めください。尚、牛乳などの乳製品はお止め下さい。
- ・膀胱の検査を受けられる方は、尿をためた状態（検査前約 2 時間）でお越し下さい。
検査中はブザーをお渡ししますので、お気分が悪くなった時などは遠慮なくお知らせ下さい。
- ・造影検査を受けられた方は、造影剤は尿から体外へ排出されますので、検査後は水分を多めにお取り下さい。検査後は普段通りの生活をしていただいて構いません。万が一、体調に異常（かゆみ、発疹、吐き気、嘔吐）が現れた時は当院までご連絡下さい。
検査予約時間の **15 分前** に総合受付にお越し下さい。予約時間は 救急患者様の対応等により多少前後する場合がございますので、ご了承をお願い致します。

MR I 検査問診票・同意書

氏名： 様 生年月日： 年 月 日 性別：

ID： 依頼科： 依頼者：

検査部位： 代行医：

予約日： 予約時間：

確認者 医師

技師

◆検査を安全に行うために、以下の質問に○を付けて下さい。

1. 今までにMRI検査をお受けになられた事がありますか？ (はい ・ いいえ)
2. 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか？ (はい ・ いいえ)
3. 体内に金属がありますか？ (はい ・ いいえ)
人工心臓弁・人工内耳・人工関節・クリップ・ステント・その他 ()
4. 妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？ (女性の方のみ) (はい ・ いいえ)
5. 閉所恐怖症ですか？ (はい ・ いいえ)
6. 入れ墨をしていますか？ (はい ・ いいえ)
7. 経皮吸収貼付剤 (ニトロダーム・ニコチネル) を貼っていますか？ (はい ・ いいえ)
8. 義肢、義足、義眼がありますか？ (はい ・ いいえ)
9. 入れ歯 (取り外せるものや、磁石式のもの) をしていますか？ (はい ・ いいえ)
10. 補聴器をしていますか？ (はい ・ いいえ)
11. カラーコンタクトレンズをしていますか？ (はい ・ いいえ)

※ 通常のコンタクトレンズ (透明・薄い水色など) は大丈夫です。

◆以下のものは、検査室に持ち込めません。

12. ヘアピン、ネックレス、ピアス、腕時計、携帯電話、補聴器などの貴金属、電子機器類。
13. カード類、腰椎ベルトなど、磁気を帯びているもの。
14. 金属製のファスナーやボタンが付いている洋服、ブラジャーなどの衣類。

※ 検査前に貴重品は鍵付きのロッカーに保管していただき、着替えをお願いいたします。

万一これらのものを身に付けて破損した場合の責任は負いかねますのでご注意ください。

案内票を確認の上、検査に同意し、間違いが無ければご署名をお願いいたします。

ご本人が記入できない場合は、代理の方のご署名をお願いいたします。

年 月 日

氏名：

代理人氏名：

分からない事がありましたら、担当医または放射線科まで、ご遠慮なくご質問下さい。

大阪医科大学 三島南病院 TEL 072-677-1333 (代)

MR I 造影剤使用 問診・同意書

検査日： 年 月 日

ガドリニウム造影剤を用いる事により、詳細に身体の状態を把握する事ができ、今後の治療に役立つ事ができます。この説明書をお読みになり、納得されましたら同意書に署名をお願いいたします。

◆MRI用造影剤の投与における副作用の種類は次の様なものです。

- 1) 軽い副作用：かゆみ、発疹、吐き気、嘔吐、熱感、動悸などで、基本的に治療は必要としません。
このような副作用が起こる可能性は、約100人に 1人、つまり 1% 以下です。
- 2) 重い副作用：呼吸障害、血圧低下、意識障害などで、通常治療が必要となります。
このような副作用が起こる可能性は、約2千人に 1人、つまり 0.05% 以下です。
- 3) 極めて稀ですが、病状、体質によっては約100万人に 1人の割合、0.0001% で死亡例も報告されています。

※副作用は注射後 30 分以内に現れる事がほとんどですが、検査後 1 時間から数日の間に遅発的に生じる事もあります。

※尚、造影剤を急速注入する必要がある検査で、血管外に造影剤がもれる場合があります。この場合、注射部がはれて、痛みが伴う場合があります。通常時間がたてば吸収されるため、ご心配はありません。しかし、もれた量が多い場合は、別の処置が必要な場合があります。

◆MRI用造影剤の禁忌について

気管支喘息、重篤な肝障害、重篤な腎障害をお持ちの方は原則、造影検査をお受けできません。

◆検査前の絶食について

- ・検査 4 時間前より、食事はお控え下さい。
- ・水分については 1 時間前よりお止め下さい。尚、牛乳などの乳製品はお止め下さい。
- ・造影剤は尿から体外へ排出されますので、検査後は水分を多めにお取り下さい。
- ・検査後は普段通りの生活をしていただいで構いません。特に制限はありません。万が一、体調に異常（かゆみ、発疹、吐き気、嘔吐）が現れた際は当院までご連絡下さい。

【 問 診 】

1. 造影剤検査を受けた事がありますか？ 無 ・ 有 (検査名：)
2. その検査時や帰宅後に副作用はありましたか？ 無 ・ 有 (症状：)
3. 気管支喘息と言われた事がありますか？ 無 ・ 有
4. 体質や病気、薬、食物でアレルギーはありますか？ 無 ・ 有 (症状：)
5. 腎臓の病気、または働きが悪いと言われた事がありますか？
無 ・ 有 (症状：)

説明医師署名

(造影検査が可能であると判断します)

【 同 意 書 】

- ・MRI 検査の目的、必要性を担当医より説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意します。また、副作用などの緊急的処置が必要となる場合も、適切に処置されることに同意します。

署名日： 年 月 日

体重： _____ kg

患者様本人 _____

代理人 (親族) _____ 続柄 () _____

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます) 大阪医科大学 三島南病院 TEL 072-677-1333(代)