

MRI 検査依頼票

(FAX専用)

(宛先) 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
(地域医療連携センター行) FAX 番号 (052) 723-7356

令和 年 月 日

医療機関名称
依頼医師名
TEL
FAX

下記の患者さんのMRI検査依頼票を送付いたします。

フリガナ 患者氏名	男 女	生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日
患者住所	〒	
緊急連絡先	() -	
東部医療センター受診歴	有 (ID 番号	- -) 無
【検査第一希望日： 月 日 () AM ・ PM】		
【検査第二希望日： 月 日 () AM ・ PM】		
連絡事項 ※ <u>診療情報提供書</u> が別途必要です。検査当日にご持参ください。		

1～8全てについて該当する項目に必ず○印をお願いいたします。

- 検査部位 頭・頸・胸・肝・胆・膵・腎・子宮卵巢・前立腺・頸椎・胸椎・腰椎
(○を1つ付けて下さい) 四肢(左/右、部位：)・その他()
- 撮影手法 単純・単純+造影
- 希望媒体 CD-ROM ・ フィルム
- 植え込みデバイス 無 ・ 有 ペースメーカー・ICD・VPシャント・血糖測定器具
人工内耳・その他()
- 体内金属 無 ・ 有(留置物： /部位：)
※体内金属および貼付物、器具の種類により検査を中止させて頂く場合があります。
- 妊娠の可能性 無 ・ 有

造影検査をご希望される場合には以下の記載、患者様への説明および同意書取得をお願いいたします。

- クレアチニン値 _____ mg/dl (採血日 年 月 日)・当院にて血液検査希望
当院にて血液検査(腎臓の機能)を希望される方は、予約時間の1時間前にご来院ください。
- 造影剤副作用の有無 無 ・ 有 ・ 不明

以下チェックをお願いいたします。

- 造影を行う場合、必要性および危険性につき説明を行い、同意書を取得しました。
- ※ 造影同意書は検査当日にご持参ください。
- ※ 検査にて緊急対応が望ましい所見を認めた場合、当院の判断で受診および処置をお勧めさせて頂くことがあります。

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 地域医療連携センター
直通電話 (052) 723-7359 FAX (052) 723-7356

造影 MRI 検査 説明書

患者氏名 : _____ 様

検査予約日時 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

1) 目的

造影剤を用いることで病変や血管をより明瞭に描出し、正確な診断を行うことを目的とします。

2) 方法（手法）

- ・ 腕の静脈に点滴ルートを確認します。
- ・ 確保した点滴ルートよりガドリニウム造影剤を注入し、MRI 検査を行います。
- ・ 検査終了後 30 分間は、副作用の発生に備え安静管理させていただきます。

3) 副作用

副作用の症状のほとんどは、吐き気、嘔吐、くしゃみ、じんましんなどの軽度なものです。しかし、きわめて稀に血圧低下や呼吸困難などの生命に関わる重篤な症状が現れる場合があります、死に至る報告もあります。副作用が生じた場合は、適切な処置がとれるように備えています。また、稀に検査終了数時間から数日後に遅発性の副作用が生じる場合があります。症状が現れた場合には、当病院の方にご相談ください。

その他にも、造影剤注入時に造影剤や生理食塩水が血管外に漏れて、局所が腫脹し痛みを伴う場合があります。ほとんどは時間経過とともに吸収されますが、稀に治療が必要となる場合もあります。

4) 選択の自由について

この検査を承諾されるかどうかは、患者様の意思が尊重されます。承諾されない場合でも、不利益を受けることはありません。

5) 同意の撤回について

いったん同意をされた場合でも、いつでも撤回することができます。撤回される場合は、その旨を病院スタッフにお申し出ください。

6) 特記事項（適応・注意点など）

- ・ 内服薬などは通常どおりに服用して下さい。
- ・ 当院では検査後の授乳制限はしていません。薬の説明書と記載は異なりますが、乳児へ吸収される量は極めて少なく、影響があるとは考えにくい量であると考えられています。
- ・ 重篤な腎障害のある患者様では、腎性全身線維症（NSF）を発症するリスクがあるため造影剤を使用できない場合があります。

造影 MRI 検査に対する同意書

- ※ 検査に同意されれば、下記の同意書に署名して頂き、その写しを2部作成して下さい。
- ※ 連携医療機関控え用は、貴院にて保管し、患者さん控え用と東部医療センター用を患者様にお渡し頂き、検査当日に東部医療センター用の同意書(原本)を持参して頂くよう、ご説明をお願いします。貴院より同意書をFAXしていただいてもかまいません。同意書をお持ちでない場合は、基本的に単純のみで検査を終了させていただきます。

連携医療機関控え用(複写) 患者様控え用(複写) 東部医療センター用(原本)

1、 検査の名称： 造影 MRI 検査

2、 実施予定日： 年 月 日

患者様、および関係者の方に対して、上記事項をご説明いたしました。

説明日時： 年 月 日 午前・午後 時

医療機関名： _____

説明医記名： 氏名 _____

同席者署名又は記名：(医師 ・ 看護師 ・ 薬剤師 ・ その他) 氏名 _____

私は、上記事項について十分な説明を受け、さらに、質問する機会も与えられ、その内容に関して理解しました。その上で、造影 MRI 検査 を受けることを希望します。また、適切かつ必要と認められる 検査・治療の追加・変更・中止にも同意をいたします。

同意日： 年 月 日

本人署名欄(自署)：(患者様本人が同意能力のない未成年の場合、意識障害・病状等により同意・署名ができない場合は、「代諾者署名欄」に署名してください)

氏名(自署) _____

代諾者署名欄：(上欄の本人署名がある場合は不要です)

(続柄：)

氏名 _____

家族等署名欄(同席・同席以外)

(続柄：)

氏名 _____

造影 MRI 検査 問診票①

患者様氏名 _____ 様

検査をできるだけ安全確実にを行うため、以下の項目に答えていただき、検査当日
地域医療連携センターにご持参ください。各種デバイスの手帳をお持ちの方は、検査時
にご持参ください。

<問診①>

該当する項目に印☑をつけ、該当項目について（）内に記載をお願いします。

・体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物各種について、該当する項目に
 印☑をつけ、お答えください。

- ・心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器（ICD・CRT-D） 無 有
 （MRI 対応型ですか： はい いいえ）
- ・神経刺激器（DBS・SCS） 無 有
 （MRI 対応型ですか： はい いいえ）
- ・インスリンポンプ・持続グルコース測定器（CGM・FGM） 無 有
 （ 検査時は外していただきます ）
- ・人工内耳 無 有
 （MRI 対応型ですか： はい いいえ）
- ・脳動脈クリップ 無 有
 （1999 年以前に留置： はい いいえ）
- ・気管支ステント 無 有
- ・気管支ステント以外のステント 無 有
 （部位： 留置後 8 週未満： はい いいえ）
- ・圧可変式バルブ付き VP シヤント 無 有
- ・磁力脱着式義歯で、支持体が磁石のもの 無 有
- ・導尿・尿道カテーテルにて、磁力により開閉する DIB キャップの使用 無 有
- ・その他体内留置物 無 有
 手術クリップ、心臓人工弁、人工骨頭、人工関節、義眼、塞栓コイル、
 骨折治療用金属
- その他： 部位：
 ・入れ墨やアートメイク、ヘアパウダー 無 有
 ・閉所恐怖症、狭い空間が苦手ですか。 いいえ はい
 ・体重をご記入ください。 体重： _____ kg
 ・女性の方のみお答えください。

現在、妊娠中または妊娠の可能性ありますか。

いいえ はい 不明

