### 厚生連滑川病院 放射線科の検査手順についてのお願い

- 《紹介手順》 ※常勤医師不在にて小児の造影は承っておりません。ご了承下さい。 ※問診票はコピーして使用してください
- 1.検査は予約制のため、厚生連滑川病院へ電話連絡をお願いします。

電話番号(076)475-1000

- \*MRI を依頼される場合 ⇒ MRI 室へご連絡下さい
- \*CT を依頼される場合 ⇒ CT 室へご連絡下さい ※17 時以降の電話は画像診断部当直者が対応します。
- ・担当者が検査の内容を確認します。(名前、年齢、検査部位、造影の有無)
- ・検査時間は、原則午前中になります。(午後の場合は要相談)
- ・検査の中止や予約変更の場合は、かかりつけ医様より連絡をお願いします。
- 2. 紹介状の作成をお願いします。
  - ※発熱・感染症・腎機能障害がある場合、造影検査はお受けできません。
  - ※女性の場合は妊娠の有無、さらに造影の場合は授乳の確認をお願いします。
  - ※外国人の方には必ず通訳ができる付き添いの同行をお願いします。
- 3. 当院指定の問診票へ記入して頂き、**先生のサインをお願いします。** (問診票に主治医のサインを確認にて検査依頼としています。)
  - \*MRI 検査 ⇒ 問診・同意書の記入 造影がある場合 ⇒ さらに MRI 造影検査問診票を記入
  - \*CT 検査の造影がある場合 ⇒ CT 造影検査問診票を記入 糖尿病がある方は、ビグアナイド系の内服中止の説明をお願いします。
- 4. 紹介状と検査に付随した問診票を患者様に渡して下さい。

絶食が必要な患者様には、4時間前より絶食について説明をお願いします。 別紙の検査説明用紙に記入され、説明して頂きお渡し下さい。

厚生連滑川病院 放射線科

## 厚生連滑川病院で検査を受けられる患者様へ

予定の検査は( ) CT・造影剤(あり・なし)
予定時間は 年 月 日( ) 時 分 からです。
※検査の中止や予約変更の場合は、検査前日までにかかりつけ医様へお知らせ下さい。
※当日、発熱や感染症の場合もかかりつけ医様へお知らせしご相談下さい。
下記の該当するものにチェックをお願いします。
□腹部 CT 検査と腹部 MRI 検査の場合
検査当日の <u>( 朝 ・ 昼 )</u> 食は食べないで下さい。
検査当日の朝、心臓や血圧、喘息の薬は少量の水で服用して下さい。
ただし、CTの場合は水を十分にとって下さい。
□CT 造影検査の場合
糖尿病の方で、ビグアナイド系【メトホルミン・メトグルコ・グリコラン・ジベトス・
エクメット・イニシンク・メトアナ・メタクト・( )】を服用されている方は
中止する必要があります。(検査当日を含め前後2日間)
※造影剤を併用すると乳酸アシドーシスという病状を起こす恐れがあります。
月日( )~月日( )まで服用しないで下さい。
□MRI 検査の胆嚢、胆道、膵臓の検査の場合(MRCP)
前日の夕食後より、飲んだり食べたりしないで下さい。(検査前12時間は絶飲食です。)
□腹部以外の CT 検査と MRI 検査の場合
特に制限はありせん。
〈受付手順≫
<b>準備の都合上、予約時間の30分前にお越し下さい。</b>
)総合受付で診察申込書を記入し、合わせて紹介状・保険証・当院の診察券をお見せ下さい。
② 紹介状をお持ちにたり 放射線科の外来窓口へお越し下さい

#### **«**

- $\widehat{1}$
- ③ 放射線科外来の看護師が、検査についてご案内します。 ※緊急の検査により、予約時間より遅くなる場合もありますのでご了承下さい。
- ④検査終了後、放射線科医師が読影するのに、約1時間程度かかります。
  - ※長時間お待たせする場合もありますので、ご了承下さい。
  - ※絶食されていた方は窓口で確認後に、食事や水分をとりお待ち下さい。

\*その他ご不明な点があれば放射線科にお尋ね下さい。 厚生連滑川病院 放射線科 (076) 475-1000

## MRI検査室に入る前の準備と注意点

当院のMRI装置は3テスラと非常に強い磁場を発生しているため、 検査室に入る際には様々な制限があります。 そのためMRI検査前に更衣室にて検査着に着替えていただきます。 当日は検査をスムーズに行えるよう着替えやすい服装でご来院して下さい。

#### □MRI検査室に持ち込めないもの

時計、携帯電話、補聴器、ヘアピン、アクセサリー(ネックレス、ピアス、指輪など)

磁気カード(診察券、銀行カード、クレジットカード、定期券など)

使い捨てカイロ、エレキバン、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど

#### □MRI検査前に更衣室で外していただきたいもの

入れ歯、メガネ、かつら、ウイッグ、金属の付いた下着

#### 発熱機能性肌着

(ヒートテック、ボディーヒーター、ファイバーヒート、あったかインナーなど)

コンタクトレンズ、カラーコンタクトレンズ

※検査前に外せるようにケースの準備をお願いします。

#### アイメイク(アイシャドウ、マスカラ)

※含まれている成分によっては発熱し、眼球や皮膚に損傷をきたす場合があります。 検査当日はつけずにご来院して下さい。

#### 増毛パウダー

- ※酸化鉄が含まれている場合があります。検査当日はつけずにご来院して下さい。
- コルセット、義肢、義眼などは入室前に取り外していただきます。

リブレ(持続型血糖測定器)は検査前に取り外していただきます。

※尚、ご不明な点につきましては画像診断部MRI室までお問い合わせください。

# MRI検査 問診・同意書

MRI検査は高磁場並びに電波を用いるため、埋め込み機器の誤作動、埋め込み器具の移動、 発熱による火傷等を伴う危険性があります。

検査をより安全に実施するため、依頼医は以下の問診を行い、はい・いいえに〇を付けて下さい。

### — 問診 以下の1~3の項目に「はい」のある方は<u>検査を受けられません</u> 1. 心臓ペースメーカ、脳室-腹腔シャントを埋め込んでいる はい・ いいえ 2. 電気電子機器等を埋め込んでいる はい・ いいえ 神経刺激器、除細動器、人工内耳、インスリンポンプ、磁力仕様の義眼、 乳房再建用エキスパンダー(ナトレル133)など 3. 金属研磨業、事故、戦争等により眼やその周辺に金属異物が入っている はい・ いいえ 以下の4、5の項目に「はい」のある方はMRI検査対応であるかの確認が必要です 4. 頭の手術をしたことがある はい・ いいえ 手術名( ) 5. 磁力使用の義歯を使用している はい・ いいえ 以下の6~10の項目に「はい」のある方は**検査できないことがあります** 6. 体内に医療器具、金属などが入っている はい・ いいえ 人工心臓弁、コイル、カテーテル、ステント、 人工関節、スクリュー、外科用クリップなど 7. 閉所恐怖症がある はい・ いいえ 8. 入れ墨(タトゥー)、永久的なアイラインが入っている はい・ いいえ ·ごくまれに火傷、腫脹、変色などの皮膚反応が見られます ・化粧は可能ですが、強いアイライン、マスカラなどは火傷の危険性がある為、 検査をお断りする場合があります 9. 金属を使用している貼り薬を使用している はい・ いいえ ニトロダームTTS(心臓薬)、ノルスパンテープ(疼痛薬)、ニコチネルTTS(禁煙薬)など 10. 妊娠している(女性のみ) はい・ いいえ -MRI検査同意書 — 上記の問診を行い、検査可能であることを確認しました。 年 月 $\boldsymbol{\mathsf{H}}$ 問診医師署名

### 私はMRI検査を受けるにあたり、上記の問診を受けました。 MRI検査を受けることに同意します。

署名( 本人 ・ 代理人 )

\* 尚、ご不明な点につきましては画像診断部MRI室までお問い合わせ下さい。

# MRI 造影検査問診票

主	治	矢

造影剤を使用して検査を行います。造影剤は身体の異常の有無や程度を詳しく調べるために有効です。しかし、ごくまれに以下の症状(副作用)が現れることがあります。

発疹(かゆみ)

吐き気(気持ちが悪い)

発熱(悪寒)

めまい

胸(息)が苦しい など

検査をより安全に実施するため、以下の質問にお答え下さい。

1. MRI検査を受けて<u>造影剤を注射</u>されたことはありますか。

はい・ いいえ

「はい」とお答えの方へ

検査中に発疹、吐き気など副作用の症状がでたことはありますか。

はい・ いいえ

2. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)と言われたことはありますか。

はい・ いいえ

3. 気管支ぜんそくにかかったことはありますか。

はい・いいえ

4. 注射や薬で気分が悪くなるなどの副作用がでたことはありますか。 「はい」とお答えの方へ、その時の症状を書いて下さい。

はい・ いいえ

(

5. 食べ物でじんましんがでたことはありますか。

はい・ いいえ

\* 造影検査を受けるにあたり、不明な点や疑問等があれば医師に相談して下さい。

## --- MRI 造影検査同意書 -----

私は検査の必要性と上記の副作用の可能性を考慮したうえで 造影検査を受けることに同意します。

年 月 日

署名(本人・代理人)

使用した造影剤は尿として体外に排出されるため、検査後は普段より多めに水分をとるようにして下さい。

)

# CT 造影検査問診票

主	治	矢

造影剤を使用して検査を行います。造影剤は身体の異常の有無や程度を詳しく調べるために有効です。しかし、ごくまれに以下の症状(副作用)が現れることがあります。

発疹(かゆみ) 吐き気(気持ちが悪い) 発熱(悪寒) めまい 胸(息)が苦しい など 検査をより安全に実施するため、以下の質問にお答え下さい。 1. 造影剤を注射(点滴)して行うレントゲン検査を受けたことはありますか。 はい・いいえ 「はい」とお答えの方へ、それは下記のどの検査ですか。 (1) CT検査 (2) 尿路撮影検査 (3) 血管造影検査 (4) その他 2. 上記の検査中に発疹、吐き気など副作用の症状がでたことはありますか。 はい・ いいえ 「はい」とお答えの方へ、その時の症状を書いて下さい。 ) 3. 下記の病気にかかったことはありますか。あれば〇印と病名を書いて下さい。 (1) 腎臓の病気(病名: (2) 甲状腺機能亢進症 (3) 心臓の病気(病名: (4) 気管支ぜんそく (5) アレルギー性の病気・体質(病名等: ) 4. 糖尿病の治療を受けていますか。 はい・ いいえ 「はい」とお答えの方へ、ビグアナイド系の薬を服用していますか。 はい・ いいえ (メトホルミン、メトグルコ、イニシンク、メトアナ、メタクト、グリコラン、ジベトス、エクメットなど) 5. 注射や薬で気分が悪くなるなどの副作用がでたことはありますか。 はい・ いいえ 「はい」とお答えの方へ、その時の症状を書いて下さい。 ( ) 6. 食べ物でじんましんがでたことはありますか。 はい・ いいえ \* 造影検査を受けるにあたり、不明な点や疑問等があれば医師に相談して下さい。 —— CT 造影検査同意書 ———

### 署名( 本人 ・ 代理人 )

造影検査を受けることに同意します。

私は検査の必要性と上記の副作用の可能性を考慮したうえで

\* 使用した造影剤によって、ごくまれに数時間後に上記の副作用が現れることがあります。 何か異常を感じましたら、すぐに来院されるか電話でご連絡下さい。

造影剤は尿として体外に排出されるため、検査後は普段より多めに水分をとるようにして下さい。

連絡先: 厚生連滑川病院 ☎ (076) 475-1000

年 月

日