

厚生連滑川病院 放射線科の検査手順についてのお願い

R7.11 厚生連滑川病院

《紹介手順》 ※小児科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。

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 (8:30~17:00 で電話は画像診断部が対応します。)

*CT の依頼 ⇒ CT 室 *MRI の依頼 ⇒ MRI 室へご連絡下さい。

- ・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、原則午前になります。(午後は 15 時以降で要相談)
- ・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。

・**造影検査の場合**、既往歴・現病歴・内服薬・体重・3ヶ月以内の CRE と eGFR 値、またアナフィラキシーショックのリスク対応のため患者様に説明の上 必ず連絡のつく緊急連絡先の記載をお願いします。(造影検査で、当日付き添い可能な方はご家族様も一緒に来院して頂けると助かります。)

※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、**主治医のサイン**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。不備のあるものはお受けしかねます。

*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。

*MRI⇒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

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「厚生連滑川病院で検査を受けられる患者様へ」に記入され、説明して頂きお渡し下さい。

5. 「紹介患者依頼票」を地域連携室へ FAX して下さい。

厚生連滑川病院で検査を受けられる患者様へ

様

予定の検査は () CT・造影剤 (あり・なし)

() MRI・造影剤 (あり・なし)

※造影検査の場合、アナフィラキシーショックのリスク対応として可能であれば**当日家族の付き添いか必ず連絡のつく緊急連絡先**を問診票にご記入下さい。

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。予約日変更となります。

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

検査前 4 時間は絶食です。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 の場合は水か白湯を十分にとって下さい。

☐ CT 造影検査の場合

糖尿病の方で、ビッグアナイド系【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)

検査前 4 時間は**絶飲食**です。食べたり飲んだりしないで下さい。

☐ 腹部以外の CT 検査と MRI 検査の場合

特に制限はありません。

《受付手順》 ※準備の都合上、予約時間の **30** 分前にお越し下さい。

① 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 紹介状をお持ちになり、放射線科の外来窓口へお越し下さい。

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がありますので、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。 R7.11 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（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、ウィッグ、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。

* 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。

患者氏名： _____ 体重： _____

緊急連絡先番号： _____

MRI 造影検査問診票

緊急連絡先氏名： _____

主治医 _____

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検査を受けて造影剤を注射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 ・ 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。
(_____)
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 —

私は検査の必要性和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。

患者氏名: _____ 体重: _____

緊急連絡先番号: _____

緊急連絡先氏名: _____

CT 造影検査問診票

主治医 _____

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○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

私は検査の必要性和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

FAX 送信状

厚生連滑川病院
地域医療連携室行
(FAX 番号 076-476-5116)

<CT / MRI 紹介患者依頼票>

□紹介医院名 (※担当医)

○患者氏名 ○性別 (男・女)

○生年月日 年 月 日生

・CT / MRI 検査部位 ()

・造影 (有・無)

・予約日時 月 日・ : 時からの予定

・持続型血糖測定器 (リブレ) 装着

有 (部位 、交換予定日 /)・ 無

※上記記入後、厚生連滑川病院

地域医療連携室へ FAX をお願いします。

※複数医師がおられる場合は、担当医師名もお願いします。

R7.11 厚生連滑川病院 放射線科