

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＞

※問診票はコピーして使用して下さい

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

*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。
- ・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。

3. 当院指定の間診票へ記入して頂き、**先生のサインをお願いします。**

*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)

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。

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 (朝 ・ 昼) 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

特に制限はありません。

《受付手順》

準備の都合上、予約時間の15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、放射線科までお尋ね下さい。

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（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（アイシャドー、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。

※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。

厚生連滑川病院 （076）-475 - 1000

厚生連滑川病院 放射線科

氏名
生年月日

MR I 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○を付けて下さい。

問 診

以下の1~3の項目に「はい」のある方は検査を受けられません

- | | | | |
|--|----|---|-----|
| 1. 心臓ペースメーカを埋め込んでいる | はい | ・ | いいえ |
| 2. 電気電子機器等を埋め込んでいる
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 | はい | ・ | いいえ |
| 3. 金属研磨業、事故、戦争等により <u>眼やその周辺</u> 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MR I 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 | 手術名 () | はい | ・ | いいえ |
| 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
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 | はい | ・ | いいえ |
| 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
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 | はい | ・ | いいえ |
| 9. 金属を使用している貼り薬を使用している
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 | はい | ・ | いいえ |
| 10. 妊娠している (女性のみ) | はい | ・ | いいえ |

MR I 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 日

問診医師署名

私はMR I 検査を受けるにあたり、上記の問診を受けました。

MR I 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。

名前

生年月日

MRI 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. 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。

氏名

生年月日

C T 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) C T 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。

C T 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