

氏名 _____

M. T. S. H. 年 月 日生 男・女

年齢 才

検査日時	年 月 日	午前 午後	時 分
紹介医療機関			
紹介医師名			
			造影検査 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

MRI 検査 部位	1. 頭部MRI	6. 頸椎	11. 腹部
	2. 頭部MRA	7. 胸椎	12. MRCP
	3. 頸部MRA	8. 腰椎	13. 骨盤部()
	4. 眼窩・副鼻腔	9. 仙骨・尾骨	14. その他部位
	5. 下垂体	10. 四肢()関節	()
CT 検査 部位	1. 頭部	4. 胸部	7. 骨盤部
	2. 眼窩・副鼻腔	5. 上腹部(肝・胆・膵・脾・腎・その他)	8. その他部位
	3. 頸部	6. 全腹部	()
臨床診断・手術・既往歴：		現病歴・検査目的・撮影指示：	

診療情報提供書 (医事課用)

CT・MRI 依頼書 (どちらかに○を)

氏名 _____

M. T. S. H. 年 月 日生 男・女 年齢 才

ID No.

検査日時 年 月 日 午前 午後 時 分

紹介医療機関

紹介医師名

造影検査 有り 無し

使用薬剤()	使用造影剤()	CD	枚	技師名
MRI 検査 部位	1. 頭部MRI	6. 頰椎	11. 腹部	
	2. 頭部MRA	7. 胸椎	12. MRCP	
	3. 頰部MRA	8. 腰椎	13. 骨盤部()	
	4. 眼窩・副鼻腔	9. 仙骨・尾骨	14. その他部位	
	5. 下垂体	10. 四肢()関節	()	
CT 検査 部位	1. 頭部	4. 胸部	7. 骨盤部	
	2. 眼窩・副鼻腔	5. 上腹部(肝・胆・膵・脾・腎・その他)	8. その他部位	
	3. 頰部	6. 全腹部	()	

臨床診断・手術・既往歴：

現病歴・検査目的・撮影指示：

診療情報提供書 (放射線科用)

CT・MRI 依頼書 (どちらかに○を)

検査日時	年	月	日	午前 午後	時	分
------	---	---	---	----------	---	---

氏名 _____

M. T. S. H. 年 月 日生 男・女

年齢 才

紹介医療機関

紹介医師名

ID No. 造影検査 有り 無し

使用薬剤() 使用造影剤() CD 枚 技師名

MRI 検査 部位	1. 頭部MRI	6. 頸椎	11. 腹部
	2. 頭部MRA	7. 胸椎	12. MRCP
	3. 頸部MRA	8. 腰椎	13. 骨盤部()
	4. 眼窩・副鼻腔	9. 仙骨・尾骨	14. その他部位
	5. 下垂体	10. 四肢()関節	()

CT 検査 部位	1. 頭部	4. 胸部	7. 骨盤部
	2. 眼窩・副鼻腔	5. 上腹部(肝・胆・膵・脾・腎・その他)	8. その他部位
	3. 頸部	6. 全腹部	()

臨床診断・手術・既往歴：

現病歴・検査目的・撮影指示：

--	--

管電圧 120kV	管電流 200mA	時間 sec	グリッド +
-----------	-----------	--------	--------

検査を受けられる患者様 持参用 CT・MRI 依頼書 (どちらかに○を)

検査日時	年	月	日	午前 午後	時	分
紹介医療機関						
紹介医師名						
ID No.				造影検査	<input type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し

氏名 _____

年齢 才

M. T. S. H. 年 月 日生 男・女

検査日時は上記の通りですが、当日は手続きや準備のため検査開始時刻の30分前に、本票を持参のうえご来院ください。検査時刻に遅れる場合はお早めに電話連絡ください。

来院時刻メモ

年 月 日 時 分

MRI検査を受けられる方へ

◎検査に際しお守り頂く事。

携帯電話、時計、電気製品、磁気カード、その他金属類は検査室内に持ち込めません。取り外しができる義歯、補聴器、眼鏡、カイロ、かつら、湿布、装飾品、エレキバン、コンタクトなどは検査前に取り外していただきます。アイシャドーは火傷する可能性がありますので、落としておいて下さい。

◎腹部 MRI、MRCP の検査を受ける方は、

午前に検査を受ける方は朝食を抜き、水分の摂取も控えめにしてください。

午後に検査を受ける方は昼食を抜き、水分の摂取も控えめにしてください。(朝食は摂って頂いて結構です)

◎検査中に身体に何か異常があれば、直ちにお手元のブザーを押してお知らせ下さい。

◎検査は内容により異なりますが、約30～40分位かかります。

CT検査を受けられる方へ

◎所用時間は約10分～15分位です。

◎腹部のCT検査を受ける方は、

午前に検査を受ける方は朝食を抜き、水分の摂取も控えめにしてください。

午後に検査を受ける方は昼食を抜き、水分の摂取も控えめにしてください。(朝食は摂って頂いて結構です)

造影剤を使用する検査を受けられる方へ

◎所用時間は約20分～40分位です。

◎原則として気管支喘息(過去を含む)や腎機能障害のある方、状態の悪い患者さんは造影検査できません。

◎造影剤を使用する検査を受ける方は、

午前に検査を受ける方は朝食を抜き、水分の摂取も控えめにしてください。

午後に検査を受ける方は昼食を抜き、水分の摂取も控えめにしてください。(朝食は摂って頂いて結構です)

MRI検査のための問診票および同意書

必ず本票を持参のうえご来院ください。

検査は強力な磁場の中で行いますので、患者様の体に、金属や磁気を有するものが埋め込まれていたり、身につけておられますと、機器の故障や火傷などの怪我をもたらすことがあります。安全に検査を受けていただくために、前もって次の質問にお答えください。回答結果によっては検査を実施できないこともありますのでご了承ください。

問診事項

1. これまでにMRI検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
2. 心臓ペースメーカーをつけていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
3. 脳動脈瘤(くも膜下出血)の手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
4. 心臓人工弁、冠動脈ステント、頸動脈・大動脈などのステント、下大静脈フィルターなどの金属が体内に入っていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
5. そのほかに体内に金属を埋め込む手術や処置(鍼治療の鍼、人工眼球、人工内耳、人工関節、避妊リング、歯肉に磁石を埋め込むタイプの入れ歯など)を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ 6番へ
上記 3. 4. 5. で、 <u>はい</u> がある方は必ずチェックを入れて下さい。→	<input type="checkbox"/> 非磁性体であることを確認済み <input type="checkbox"/> 不明 (検査不可となります)
6. タトゥー(入墨・)眉墨、マスカラはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
上記 6. ではいの方 火傷の恐れがあります。検査を中止しますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
7. 手術・治療以外で体内に金属が入っていますか？(金属片・弾丸など)	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ 検査できません
8. 閉所恐怖症ですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
9. 妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
10. コンタクトレンズは使用していますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

私は、MRI検査の危険性と必要性について説明を受け、充分理解し納得しましたのでMRI検査を受けることに同意します。

令和 年 月 日 患者氏名(代筆者名) _____

上記患者様に対し、私が検査・処置に対する説明を行い、MRI検査が可能であると判断し、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日: 年 月 日 医療機関名 _____ 説明医 _____

造影剤 (造影CT、造影 MRI、DIP等) 使用のための問診票および同意書

問診事項

<p>1. これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？ 「はい」と回答された方は、当てはまる検査に○をつけてください。 CT、胃・尿路造影 (DIP/IVP)、胆のう造影、血管造影、 心臓カテーテル検査、MRI</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>「はい」と回答された方は、その際、副作用はありましたか？ 「はい」と回答された方は、当てはまる症状に○をつけてください。 かゆみ、じん麻疹、吐き気、嘔吐、くしゃみ、冷や汗、 ショック、その他</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>2. 患者様にはアレルギー体質はありますか？ 「はい」と回答された方は、当てはまる疾患に○をつけてください。 じん麻疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、食物アレルギー (食物名:)、薬剤アレルギー (薬剤名:)</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>3. 血縁の方 (特に両親、兄弟姉妹) にアレルギー性の病気やアレルギー体質 がありますか？</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>4. 気管支ぜんそくといわれたことがありますか？</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>5. 心臓、肝臓、腎臓、甲状腺が悪いといわれたことがありますか？</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>6. 心臓ペースメーカーはつけていますか？</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>7. 妊娠の可能性はありますか？</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>8. 授乳中ですか？</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
<p>9. その他、何か気になることやお伝えになりたいことがあれば記入ください。 ()</p>	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

注: 「はい」と回答された場合には、**検査を受けられない**ことがありますので医師とご相談ください。

造影検査同意書

私は、造影剤使用の必要性と副作用などについて説明を受け、納得しましたので造影剤使用に同意します。

承諾日: 年 月 日

本人または代理人(続柄) 署名

上記患者様に対し、私が検査・処置に対する説明を行ない、造影検査が可能であると判断し、本文書においても同意されたことを確認しました。

確認日: 年 月 日 医療機関名 説明医

白庭病院のご案内

○電車で来られる方は、

近鉄けいはんな線 白庭台駅下車すぐ。

奈良・大阪方面からは、近鉄奈良線「生駒駅」でけいはんな線に乗り換えて1駅
大阪市内からは、大阪市営地下鉄中央線「本町駅」より、白庭台駅直通で31分

○車で来られる方は、

病院前のGSパーキング(86台)のみ、会計時に3時間迄無料サービス有り。

○バスで来られる方は、

奈良交通バス生駒駅から白庭台駅、ひかりが丘行方面に乗車。白庭台駅下車すぐ。



○検査当日は、

1階の**初診受付(1)番**で受付をすませ、**放射線科窓口(29)**にお越しください。