

紹介先

姫路中央病院

--	--	--	--	--	--	--	--

診療情報提供書 (MRI・CT)

地域連携室
 電話番号 079-235-7353
 FAX 079-233-0854

フリガナ				
患者氏名		様	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	電話番号 079-235-7375 FAX 079-235-7377
生年月日	年	月	日	歳
希望日時				
電話番号	自宅	-	-	
	携帯	-	-	

〈ご依頼内容・経過情報〉 (該当する全てに☑チェックして下さい)

診療種別	<input type="checkbox"/> 保険診療 *病院に入院中の患者様は、保険診療対象外となります。 <input type="checkbox"/> 自由診療
検査種別	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT
撮影方法	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純 + 造影 *造影のご希望であっても、問診票記入事項の内容などによっては、当院医師の判断により、造影撮影が行えない場合がございます。
撮影部位 (該当全てに)	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 大血管(心臓は除く) () <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 全腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤腔 <input type="checkbox"/> 脊柱 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎) <input type="checkbox"/> 四肢・関節 () <input type="checkbox"/> その他 ()
検査目的 臨床経過など (具体的に)	
*ビグアナイド系糖尿病薬は、CT造影検査前後48時間の休薬が必要です	
「注意」 *CT造影検査においてeGFR値が必要です	
*心臓ペースメーカー・除細動器のMRI・CT(胸部)検査は原則禁忌です	

〈患者情報 治療歴〉

感染歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV
-----	--

〈検査結果〉

画像 (CD-R)	<input type="checkbox"/> 要 (<input type="checkbox"/> 後日郵送 <input type="checkbox"/> 当日持ち帰り) <input type="checkbox"/> 不要	読影	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 *読影レポートは、後日、郵送とさせていただきます。
-----------	---	----	---

紹介元医療機関名 (所在地、名称、TEL)

〒					年	月	日
住所				診療科名			
名称				医師氏名			
電話							

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

造影

MR I 検査を受けられる方へ

患者番号：

様

あなたの検査日時は、_____から の予定です。

検査当日は、予約時間の 45 分前に受付を済ませて下さい。

8 時 30 分 検査予約の方は、15 分前に受付を済ませて下さい。

遅れますと検査が出来ないことがあります。

※緊急対応、検査内容などにより、検査が予約時間より遅れることがありますので、ご了承ください。

また、万が一故障などの場合は日を改めてお越し頂くことがありますので、ご了承ください。

MR I 検査は、強い磁気を用いて体内の構造を調べる検査です。
痛みや放射線被曝のない安全な検査ですので、
安心して検査をお受け下さい。



《検査を受けられる患者様へ》

あなたの検査の予約は上記の通りです。

以下の注意事項をお読み頂いて、検査のご協力いただきますようお願いいたします。

《注意事項》

- 検査には時間がかかります。(30分～60分程度)
- 検査前には排便、排尿をすませておいて下さい。
- 妊娠中及び妊娠の可能性のある方はお申し出て下さい。
- 食事について
 - 食事は摂ってもかまいません。
 - 時から絶食して下さい。水分はとって下さい。

《検査中のお願い》

- 検査中は痛みをともないませんので、体を動かさないでください。
- 検査中に大きな音がしますが、信号の切り替え時に出る音ですので、ご安心ください。

都合により来院出来ない場合、又は不明な点がございましたら、
予約いただいた診療科にPM2：00～PM5：00の間にご連絡下さい。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

医療法人 公仁会 姫路中央病院
〒672-8501 姫路市飾磨区三宅2-36
TEL：(079)-235-7331(代)

発行部署 放射線科

MRI検査をお受けになる患者様へ

検査をお受けになる前に必ずお読みください。

検査当日はこの用紙を放射線科受付にご持参下さい。

MRIとは、磁気と電波を利用して、あらゆる断面の画像を得ることができる撮影方法です。撮影の時は、狭いトンネルの中に入って大きな音のなかで検査します。また、エックス線を使いませんので、放射線被ばくはありません。

1. 注意事項

☆金属類や磁気を帯びたものを持ち込んだ場合

①人体に危険が及ぶ ②画像に悪影響を及ぼす ③装置が故障・破損する恐れがあります。

また、体内に人工物が埋め込まれている方、これらについて素材の確認が取れない方は、検査ができない場合がありますのでご了承ください。

☆アイシャドウ、マスカラ、ネイルアート、その他ラメなどの金属物を含むお化粧品はお控えてください。

☆検査前には検査衣に着替えて頂きます。

☆以下のものは検査室内に所持できませんので、すべて体から外してください。

金属類	ヘアピン・アクセサリ・時計・メガネ・ベルト・財布・小銭・鍵・金具が付いた下着・義手・義足 など
磁気を帯びているもの	磁気カード類・磁気装着式の義歯（インプラント）・エレキバン など
体に貼りつけるもの	湿布・ニトログームTTS・ニコチネルTTS・ニュープロパッチ・ノルспанテープなど
その他	保温用下着（ヒートテックなど）・金具の付いている下着・外せる義歯・カラーコンタクト・かつら類・補聴器・カイロ・万歩計・携帯電話・スマートフォン など

2. 体内に下記を装着または埋め込まれている方、下記の条件に当てはまる方は医師にお申し出ください。

心臓ペースメーカー	金属製の人工心臓弁	人工内耳
脳脊髄液短絡術用圧可変式シャント（脳室腹腔シャント）	体内除細動器（ICD）	神経刺激装置
脳動脈クリップ	下大静脈フィルター	ステントグラフト
その他材料で磁石に付く金属を使用しているもの		

※他の医療機関で体内に金属を埋め込まれている患者様は、かかれた医療機関にMRI検査が可能であるか確認して下さい。お手数ですが宜しくお願いします。

☆職業や軍歴、あるいは頭部外傷などで体内（眼窩、皮下など）に金属の破片がある方

☆体内に整形外科や外科手術による金属類がある方（美容整形を含む）

☆入墨、タトゥー、アートメイクをしている方

☆妊娠中、または妊娠の可能性がある方

☆閉所恐怖症がある方

☆上記以外に体から取り外せない金属を装着されている方は、医師にお申し出ください。

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

MRI検査 チェックリスト

記載日： 年 月 日

患者番号： _____

様

(性別：)

(年齢：)

1. MRI検査を受けたことがありますか？ 「はい」の場合、いつ頃、どこで受けられましたか？ 検査日 (年 月頃 どこで)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	医師サイン
2. 手術を受けられたことがありますか？ <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 首 <input type="checkbox"/> 胸 <input type="checkbox"/> 腹 <input type="checkbox"/> 腰 <input type="checkbox"/> 手足 手術日 (年 月頃) 手術名 () 病院名 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
3. 体内に金属がありますか？ 「はい」の場合、次の当てはまるものに☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 体内除細動器(ICD) <input type="checkbox"/> 人工心臓弁 <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 脳室腹腔シャント <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 <input type="checkbox"/> ステントグラフト <input type="checkbox"/> 下大静脈フィルター <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節 <input type="checkbox"/> 入れ歯 <input type="checkbox"/> インプラント (<input type="checkbox"/> 磁石あり <input type="checkbox"/> 磁石なし) <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	金属取外し 不可時 医師報告
4. 閉所恐怖症ですか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
5. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
6. 次の病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	前処置使用時
7. あお向けの状態で30分程度の静止はできますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
8. カラーコンタクトを使用されていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
9. 入れ墨、タトゥー、アートメイク(眉毛、アイラインなど) をされていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
10. 治療で貼り薬をされていますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
11. けいれんを起こしたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
12. 身長・体重を教えてください。(身長： _____ cm 体重： _____ kg)			
記載者名 _____	電話番号 _____		

検査日

年 月 日

医師サイン	看護師サイン	技師サイン

姫路中央病院

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

造影剤使用のための問診票

記載日： 年 月 日

患者番号： _____

様

(性別：) (年齢：)

1. 造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？ ①その検査は、いつ頃、どのような検査でしたか？(年 月頃) <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> 腎盂尿管造影・胆のう造影 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> その他検査	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	医師 サイン
②検査中または検査後に次の症状が出たことがありますか？ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> めまい <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> のどのイガイガ感 <input type="checkbox"/> 胸が苦しくなった <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
2. 注射や薬で気分が悪くなったり、じんましんが出たことがありますか？ それはどんな薬ですか？ ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3. アレルギー体質や次のアレルギー性疾患にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物() <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4. 次の病気にかかったことがありますか？ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫 <input type="checkbox"/> 骨髄腫 <input type="checkbox"/> 甲状腺機能亢進症 また上記の病気で薬を飲まれていますか？ どのような薬を飲まれていますか？ ()	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5. ペースメーカーを入れていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
6. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
7. 授乳中ですか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8. 体重を教えてください。(体重： kg)		
記載者名	電話番号	

〈医療従事者記入欄〉

1. ビグアイド系糖尿病治療薬を服用していますか？ <input type="checkbox"/> メタクト配合錠LD <input type="checkbox"/> メタクト配合錠HD <input type="checkbox"/> メデット錠 <input type="checkbox"/> メトグルコ錠 <input type="checkbox"/> メトホルミン塩酸塩錠 <input type="checkbox"/> メトリオン錠 <input type="checkbox"/> ネルピス錠 <input type="checkbox"/> ジベトス錠 <input type="checkbox"/> ジベトンS錠 <input type="checkbox"/> グリコラン錠 <input type="checkbox"/> エクメット配合錠LD <input type="checkbox"/> エクメット配合錠HD <input type="checkbox"/> イニシンク配合錠	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 休薬 説明	医師 サイン
2. 次の薬を服用していますか？ <input type="checkbox"/> β遮断薬 (心臓病・高血圧薬)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 不明	
3. 直近測定日：平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> eGFR値： mL/分/1.73m ² (基準値：30以上)		

検査日

年 月 日

姫路中央病院

医師サイン	看護師サイン	技師サイン