

# MRI検査依頼票

(診療情報提供書)

〒038-1331 青森市浪岡大字女鹿沢字平野155-1

独立行政法人国立病院機構青森病院

直通FAX 0172-69-1213 放射線科

フリガナ 氏名	
生年月日	年 月 日 歳
連絡先	TEL ( )

検査予約日時	
年 月 日 ( ) 時 分	
依頼元医療機関(診療科)	担当医(必須)
連絡先TEL	
連絡先FAX	

## 臨床診断・臨床経過および検査目的(具体的に)

### ■検査部位

<input type="checkbox"/> 頭部	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 胸部	<input type="checkbox"/> 腹部	<input type="checkbox"/> 骨盤	<input type="checkbox"/> 脊椎	<input type="checkbox"/> 四肢
(以下の詳細についても可能な限りチェックをお願いいたします)						
<input type="checkbox"/> 脳	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 肝	<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 肩関節 右・左
<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> 心臓	<input type="checkbox"/> 胆	<input type="checkbox"/> 子宮	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 肘関節 右・左
<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> MRA	<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 脾	<input type="checkbox"/> 卵巣	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 手関節 右・左
<input type="checkbox"/> 口腔	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 股関節 右・左
<input type="checkbox"/> MRA			<input type="checkbox"/> 大動脈	<input type="checkbox"/> 前立腺		<input type="checkbox"/> 膝関節 右・左
<input type="checkbox"/> その他			<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 足関節 右・左
		<input type="checkbox"/> その他				<input type="checkbox"/> その他

当病院での検査履歴  有  無

◆ ◆ ◆ 以下につきましては、嚴重にチェックをお願いします。 ◆ ◆ ◆

### ■MRI検査事前チェック \*\*\* 場合によってはMRI検査ができないことがあります \*\*\*

体内電子機器部品	無・有	心臓ペースメーカー・植え込み式除細動器・人工内耳・神経刺激装置・骨成長刺激装置・注入ポンプ (その他)
体内金属	無・有	脳動脈瘤クリップ・各種ステント・血管内コイル・その他 ( ) (いつ頃)
手術歴	無・有	( )
磁石埋め込み型の義歯・義眼	無・有	( )
眼球内金属粉混入	無・有	( 事故 ・ 職業 )
閉所恐怖症	無・有	( )
身長		cm
体重		kg
歩行	可・否	
		( 車いす ・ ストレッチャー )

### ■造影MRI検査事前チェック \*\*\* 造影検査を希望される場合には、必須となります \*\*\*

気管支喘息	無・有	( )	腎機能検査
喘息以外のアレルギー	無・有	( )	
金属によるアレルギー	無・有	( )	
造影剤による副作用	無・有	( )	
妊娠	無・有	( 月 )	血清Cr. : mg/dl または シスタチンC : mg/L  eGFR : ml/min./1.73m <sup>2</sup> (測定日 年 月 日)
授乳	無・有	※ 授乳再開は、1日後からとなります	※腎機能低下の危険因子がある場合は検査前7日以内、ない場合は3カ月以内の測定をお願いします。 原則として腎機能不明あるいはeGFR値が30未満の場合は造影しません。

# MRI検査問診票

患者氏名

様

身長 \_\_\_\_\_ cm

記入日 ( 年 月 日 )

体重 \_\_\_\_\_ kg

安全に検査をおこなうために、以下の点についてお尋ねします。

1. 何か持病がありますか。また、大きな病気にかかったことはありますか。

なし あり 高血圧・糖尿病・脂質異常症(高脂血症 / コレステロール)・心臓病  
甲状腺疾患・がん( )  
その他( )

2. 飲んでいる薬があれば教えてください。(お薬手帳のコピーでも可)

なし あり ( )

3. 今までに手術を受けたことがありますか。ある場合はいつ頃、何の手術ですか。

なし あり ( )

4. 体内に何か金属が入っていますか。

※ 入っているものにより検査が受けられないことがあります

なし あり 心臓ペースメーカー・脳動脈瘤クリップ・人工弁・人工関節  
人工内耳・体内式除細動器・その他( )

5. 次のうち、該当するものがありますか。

※ 検査前に除去できない場合、検査が受けられないことがあります  
※ 原則として、可能なものは事前に除去または外していただきます

なし あり 貼り薬・リブレ・カラーコンタクト・増毛パウダー  
磁石埋め込み型の義歯または義眼・躯幹部または四肢の入れ墨  
アートメイクや眉の入れ墨

6. 今までに造影剤の注射を受けたことがありますか。

なし あり CT・MRI・血管造影・腎尿路検査・胆嚢検査  
その他( )

7. 造影剤の注射を受けたことがある方にお尋ねします。

その時、何か副作用はありましたか。

なし あり 発疹・吐き気・その他( )

8. アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか。

なし あり ぜんそく・じんま疹・アトピー・アレルギー性鼻炎  
金属アレルギー  
くすり・注射による副作用( )  
食べ物によるアレルギー( )  
その他( )

9. 血縁者にアレルギー性の病気やアレルギー体質の方はいますか。

なし あり ( 具体的に )

独立行政法人国立病院機構青森病院 放射線科

電話 病院代表：0172-62-4055

放射線科直通：0172-69-1213

# MRI検査における造影剤についての説明および同意書

様

以下の既往がある方は、副作用の起きる確率が高いことが知られています。  
必ず検査前にお知らせくださるよう、お願いいたします。

- ①以前に造影剤による症状が起きたことがある
- ②気管支ぜんそく等のアレルギー疾患がある
- ③他の薬剤過敏症やじんましんなどのアレルギー歴がある
- ④腎機能の低下がある

**造影とは** 画像診断において、体の中の状態や病変の性状をよりわかりやすく描き出すために体内に造影剤という薬剤を投与して検査を行うものです。造影が必要かどうかは検査部位や目的によってさまざま、検査に応じて医師が判断します。MRI検査で使用する造影剤は、ガドリニウムという物質を含む薬剤で、静脈から注入します。また、肝臓の検査では鉄分を含んだ薬を用いる場合もあり、これも静脈から注入します。

**造影後の副作用** 造影剤を注入しても、たいていの場合には副作用は起こりませんが、時に検査中あるいは、検査後しばらくしてから、副作用による症状が起きることがあります。

**軽い副作用：** 特に処置を必要としない、あるいは簡単な薬の投与のみで短時間で症状が消失するもの  
(頻度は造影剤を注入した人のうち約1~2%以下)  
吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、じんま疹、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せきなど  
肝臓に対する鉄分を含む薬の場合、上記のほか、鼻出血、熱感、倦怠感 など

**重い副作用：** 救急の処置が必要となるもの (頻度は1万人に1人以下)  
ショック、アナフィラキシー様反応 (たとえば呼吸困難や血圧低下など)

初めて造影剤検査を受ける方、またはこれまでに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのない方に、今回の検査で副作用が起こるかどうかを予め調べる方法は、現在のところ見つかっておりません。造影検査の際には必ず医師が立ち会い万が一の場合に備えております。

お聞きになりたいことや不安なことなどがありましたら、遠慮なく担当医師・看護師・診療放射線技師にお尋ねください。

①上記の説明を読んで造影検査についてご理解頂けましたか。(「はい」か「いいえ」に○印をつけて下さい。)

はい →②へお進み下さい。

いいえ →ご不明な点についてご説明致しますので、お申し出ください。

②造影剤検査について同意または拒否の意を以下にご記入下さい。

(同意された場合でも、いつでも撤回することができます)

**同意**

上記の説明により造影検査について納得しましたので、必要な造影検査を受けることに同意します。

年 月 日 患者または代理人(続柄) ) ご署名

**拒否**

造影剤検査を受けることに同意しません。

年 月 日 患者または代理人(続柄) ) ご署名

※ 有効期限：1年

独立行政法人国立病院機構青森病院 放射線科

(2022.10作成)