

MRI・CT 検査のご依頼方法

① アクラス中央病院へ電話連絡してください。(TEL:0570-000-717)



② 撮影部位、造影の有無、ご希望の日にちおよび時間帯をお伺いします。



③ 予約枠を確認し、お返事いたします。
(特にご希望がなければ、一番早い日時枠に予約をお取りします。)



④ 予約日時が決定後、患者様のお名前、生年月日をお伺いいたします。
造影検査の場合はいくつか確認事項がございます。



⑤ MRI または CT 検査『申込書兼紹介状』に起因にて予約日時、紹介目的
をご記入の上、FAX して頂きますようお願い致します。
(貴院の書式がある場合はそちらをご使用頂いても問題ありません)

※撮影した画像は CD に記録し患者様にお渡しいたします。読影医による報告書は、
1 両日中に FAX にて、また後日郵送にてご紹介元の先生へお送りいたします。

※造影検査をご依頼の場合は、禁忌事項の有無チェック(クレアチニン値)をお願い
いたします。また、患者さまに「造影検査を受けられる方へ」「造影剤検査問診票・
同意書」を患者様にお渡しください。(問診票・同意書は来院後に当院看護師より
取らせていただきます。)

※患者様より直接の予約電話をされる場合には当用紙に加え、「MRI 検査を受けられ
る方へ」もお渡し頂き、検査当日に患者様がお持ちいただくようお願いいたします。

※検査はご予約優先でご案内させて頂いておりますが、緊急の検査や当日の検査の
流れで予約時間より遅れてのご案内となることもありますので、ご了承ください。

医療法人 博康会 アクラス中央病院

〒890-0031 鹿児島県鹿児島市武岡 1 丁目 121-5

TEL : 0570-000-717 FAX : 099-203-0101

院長 中村俊博

MRI・CT 検査 申込書兼紹介状

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日

紹介元医療機関の名称・所在地

医師名

TEL

FAX

検査日	年 月 日 ()
時間	午前・午後 時 分

撮影部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 顎関節 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 () <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎) <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()
------	---

ご依頼の理由 (病歴・主な症状など)

【検査前チェックリスト】

心臓ペースメーカー、人工内耳、体内自動除細動器など	無 ・ 有
体内金属	無 ・ 有
アートメイク・刺繍など	無 ・ 有
閉所恐怖症	無 ・ 有

【造影検査前チェックリスト】

造影剤使用歴	無 ・ 有 (時期と検査名)
造影剤副作用歴	無 ・ 有 (時期と症状)
気管支喘息	無 ・ 有
喘息以外のアレルギー	無 ・ 有
腎障害	無 ・ 有 (病名)
血清クレアチニン値	mg/dL あるいは eGFR mL/分/1.73 m ²
妊娠またはその可能性	無 ・ 有

MRI検査を受けられる方へ

MRIとは(Magnetic Resonance Imaging:磁気共鳴画像)の略称です。強力な磁場と電波を利用して体内の状態を撮影する検査です。姿勢を変えることなく、あらゆる角度から体のいろいろな部分の断面像を得ることができます。

放射線を使わないので、被ばくの心配もありません。

検査の流れ

受付 ⇒ 問診 ⇒ 更衣 ⇒ 検査 ⇒ 更衣 ⇒ 診察 ⇒ 会計 ⇒ 終了

MRI検査の注意事項

金属について

金属(磁石につくもの)を身に着けている(持ち込む)と、MRI装置の強力な磁力に引っ張られて飛んだり、加熱される可能性もあり大変危険です。また、画像が乱れたり、持ち込んだ電子機器・磁気カードおよびMRI装置の故障の原因にもなりますので検査前に必ず取り外してください。

化粧品について

化粧品には鉄分が含ませているもの(マスカラ・アイライン・アイブロウ・アイシャドウ等)があり、検査画像に影響があるだけでなく目の粘膜等を傷つけたりすることがあるので、出来れば付けずに来院してください。

頭部の検査の場合に、お化粧を落としていただくことがあります。

カラーコンタクトについて

カラーコンタクトレンズは、化粧品と同様に鉄分の含まれた塗料が入っている場合があります。外してご来院いただくか、検査の前に外していただきます。(ケースと保存液を持参してください)

検査中の注意事項について

- ・ 検査時間は30分~1時間です。
- ・ 検査中はできるだけ体を動かさないでください。
- ・ 検査中に異常を感じた場合には、連絡ブザーを握ってください。
- ・ 検査中は工事現場のような非常に大きい音がしますが、機械の音ですのでご安心ください。

注意事項

以下の方は検査を受けられない場合がございますのでご確認ください

MRI 検査禁忌事項

- 心臓ペースメーカーや ICD(植込み型除細動器)、神経刺激器を装着している
- 磁性体脳動脈瘤クリップ、人工内耳など体内に磁性体金属がある(非磁性体脳動脈瘤クリップは可能)
- 圧可変式バブル付き VP シヤントがある
- 事故などで、眼内等に微細金属片や体内に金属片が残っている可能性がある
- 妊娠している、またはその可能性がある

条件付き検査可能

- 手術で体内に金属を埋め込んでいる(人口心臓弁、人工関節、プレートなど)
- 外せない入れ歯、歯科矯正具、インプラントをしている
- 義眼、義肢や義足をしている
- 刺青・タトゥー、アートメイクをしている
- 閉所恐怖症や発汗障害(体温調整のできない方である)

検査前の絶食について

検査種類	食事・飲水制限
(お薬を使わない)単純 MRI 検査 (腹部・骨盤 <u>以外</u>)の検査	食事も飲水も可能です
(お薬を使わない)単純 MRI 検査 腹部・骨盤の検査	検査 4 時間前から食べられません 水とお茶に限っては飲むことができます 骨盤の検査の場合は検査予定時間の 30 分前排尿を しないでください
(お薬を使った)造影MRI検査 すべての検査部位	検査 4 時間前から食べられません 水とお茶に限っては飲むことができます

造影剤検査を受けられる方へ

今回実施する検査は”造影剤”という薬剤を使用して行う検査です。

一般に造影剤の使用により、病気の存在や状態がより詳しく正確に描出され、精度の高い診断に大変役立ちます。

この造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が発生することもあります。

1) 軽い副作用：吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹などが、20～100人に1人の割合で発生しますが、多くは心配ありません。

2) 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが、1000～2000人に1人の割合で発生します。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。

極めてまれですが、10万～100万人に1人の割合で死亡に至る例もあります。

3) 遅発性副作用：検査終了後数時間から数日後にも発生する場合があります。

残念ながら、こうした副作用はいつ発生するか事前に知ることはできません。

また前回の検査で副作用がなくても、今回発生することもあります。

造影剤にはこうした副作用がありますが、あなたの病気を診断・治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

万一副作用が発生しても、すばやく対応ができるようにしたうえで検査を行なっています。もし変だと感じたら、ためらわずにすぐおっしゃってください。

造影剤の注射中に、血管の外に造影剤が漏れることがあります。少量の漏れは心配ありません。

極めてまれですが多量に漏れた場合は、別の処置が必要となります。

※現在妊娠又は妊娠している可能性のある方は原則として検査できません。

※授乳中の方は検査終了後CTは4 8時間、MRIでは2 4時間授乳をお避けください。

CT検査でヨード造影剤を使う時、糖尿病のお薬で、塩酸メトホルミン（グリコラン・メデット・メルビン等）は検査前4 8時間、検査後4 8時間はお薬を飲まないで下さい。

造影剤検査問診表・同意書

記入日： _____ 年 月 日

氏名： _____

生年月日： _____ 年 月 日

血清クレアチニン値： _____

【造影剤を用いた検査を受けられる方へ】

次のあてはまるものに○や文字を記入してください。

問1 造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。

（C T ・ M R I ・ 血管造影 ・ 腎臓検査 ・ 胆嚢検査など） [なし・あり]

問2 検査はいつごろでしたか。 [_____ 年 月 日 ・ 不明]

問3 そのとき副作用はありましたか。 [なし・あり]

副作用の症状 [吐き気 ・ じんましん ・ 息苦しさ ・ その他]

（その他の内容） _____

問4 喘息といわれたことはありますか。 [なし・あり]

問5 アレルギー性体質 ・ アレルギー性の病気がありますか。 [なし・あり]

内容 [薬 ・ 食物によるアレルギー ・ アトピー体質 ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他]

（その他の内容） _____

問6 けいれん ・ てんかん発作をおこしたことはありますか。 [なし・あり]

問7 今までに、次の病気にかかれたことがありますか。 [なし・あり]

[高血圧 ・ 動脈硬化 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ 褐色細胞腫]

問8 現在糖尿病のお薬を飲んでおられる方はお薬の名前を記入してください。

以下の該当薬剤があれば○、なければお薬名を記入してください。

[グリコラン ・ メデット ・ メルビン ・ その他 (_____)]

※ヨード剤検査の場合：塩酸メトホルミン（グリコラン ・ メデット ・ メルビン）は検査前4 8時間 ・ 検査後4 8時間内服を中止する [乳酸アシドーシス発現のリスク]

《女性の方へ》

問9 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。 [なし・あり]

問10 授乳中ですか。 [いいえ ・ はい]

検査終了後、C T は4 8時間、M R I では2 4時間授乳をお避けください。

依頼医師署名 _____

検査に対して医師から検査内容 ・ 造影剤の副作用の説明を受けました。

造影剤の使用に同意します。（なお同意はいつでも撤回できます）

_____ 年 月 日

署名： _____