《中央放射線部への検査依頼手順》

1.「検査予約依頼書(紹介状)」を中央放射線部の予約専用番号にFAXしてください。

→検査日時の決定を当日中にFAXで回答します。

※改めての紹介状は必要ありません。

2. 造影(CT･MRI)の場合は、紹介元の先生から(患者さんへ)検査概要の説明と同意書の記入をお願いします。

→**同意書の右下にサイン**をお願いします。

＊ MRI検査説明書、同意書を新しくしました。安心、安全な検査のためご記入下さい。

3. 検査当日は、(検査時間の前に)総合窓口(正面玄関入り口すぐ)の「初診受付」へ健康保険証をご持参のうえ受付をお願いします。同意書(造影検査の場合のみ)も必ずご持参ください。

4. 同意書を確認し、当日の体調に不安がある場合は、お知らせ下さい。

5. 造影剤の注射･検査実施(CT･MRI)→検査終了後、会計を済ませて帰宅となります。

6. 読影レポートを作成し、画像ﾃﾞｰﾀ(CD-R)と共に郵送でお届けします。

(現在読影については外部に委託しております。)

<u>予約専用FAX 番号(中央放射線部) 電話:0944-53-6947</u>

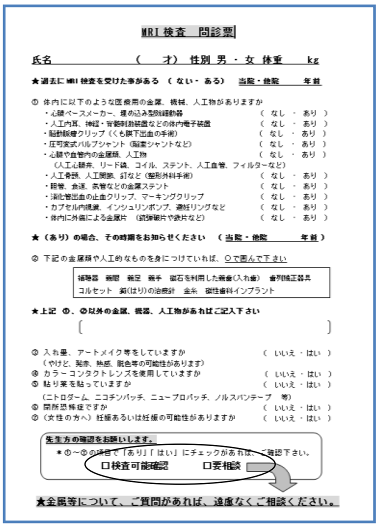
●お願い :MRI検査を受けられる方は、体内金属に関する問診票の記入をお願いします。

●造影(CT･MRI)検査をご希望の方へ

造影検査を実施するには、患者さんの同意書が必要となります。
「造影CT検査説明書」、「ヨード系造影剤問診票、同意書」、「MRI検査説明書･問診票」、「造影MRⅠ同意書を検査の種類(CTかMRI)に合わせて患者さんにお渡しください。
※造影CTの場合、造影MRIの場合をご使用ください。

お手数ですが、紹介元の先生から、検査内容(概要)をご説明頂き、患者さんの同意(検査の意思確認)がとれましたら、同意書の右下(説明者(医師･看護師))の欄に、署名 をしていただきますようにお願い申し上げます。尚、患者さんにお渡しいただいた同意書は、検査当日にご持参いただきますようにお伝えください。改めまして、検査当日のスムーズな対応にご協力いただきますようにお願い申し上げす。

MRI検査問診票、造影同意書　　**ヨード系造影CT検査、同意書**



MRI 検査　問診票

氏名　（　才）性別 男・女 体重　kg

★過去に MRI 検査を受けた事がある （ない・ある） 当院・他院　年前

① 体内に以下のような医療用の金属、機械、人工物がありますか
・心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器 （なし・あり）
・人工内耳、神経・脊髄刺激装置などの体内電子装置 （なし・あり）
・脳動脈瘤クリップ（くも膜下出血の手術） （なし・あり）
・圧可変式バルブシャント（脳室シャントなど） （なし・あり）
・心臓や血管内の金属類、人工物 （なし・あり）
（人工心臓弁、リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど）
・人工骨頭、人工関節、釘など（整形外科手術） （なし・あり）
・胆管、食道、気管などの金属ステント （なし・あり）
・消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ （なし・あり）
・カプセル内視鏡、インシュリンポンプ、避妊リングなど （なし・あり）
・体内に外傷による金属片（銃弾破片や鉄片など） （なし・あり）

★（あり）の場合、その時期をお知らせください （当院・他院　年前）

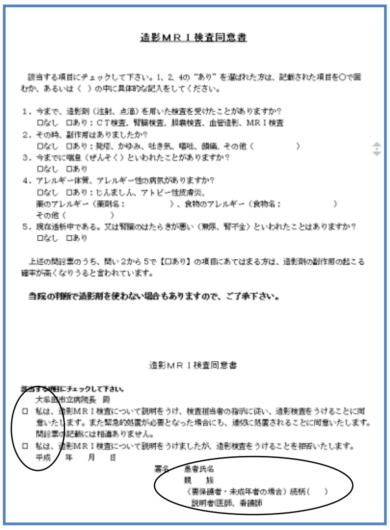
② 下記の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい
補聴器　義眼　義足　義手　磁石を利用した義歯(入れ歯)　歯列矯正器具
コルセット　鍼(はり)の治療針　金糸　磁性歯科インプラント

★上記 ①、②以外の金属、機器、人工物があればご記入下さい
［　］

③ 入れ墨、アートメイク等をしていますか （いいえ・はい）
（やけど、発赤、熱感、脱色等の可能性があります）
④ カラーコンタクトレンズを使用していますか （いいえ・はい）
⑤ 貼り薬を貼っていますか （いいえ・はい）
（ニトロダーム、ニコチンパッチ、ニューロパッチ、ノルスパンテープ　等）
⑥ 閉所恐怖症ですか （いいえ・はい）
⑦（女性の方へ）妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか （いいえ・はい）

先生方の確認をお願いします。
＊①～⑦の項目で「あり」「はい」にチェックがあれば、ご確認下さい。
□検査可能確認　□要相談

★金属等について、ご質問があれば、遠慮なくご相談ください。



造影ＭＲＩ検査同意書

該当する項目にチェックして下さい。1、2、4の“あり”を選ばれた方は、記載された項目を○で囲むか、あるいは（ ）の中に具体的な記入をしてください。

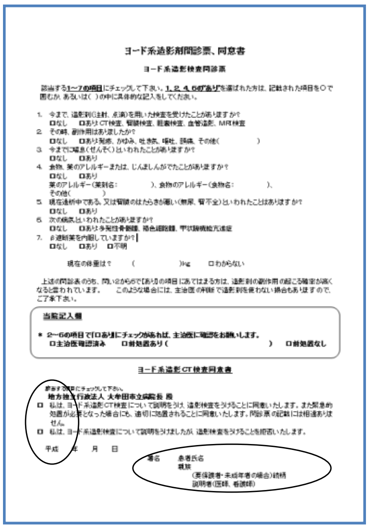
1．今まで、造影剤（注射、点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？
□なし　□あり：ＣＴ検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、ＭＲＩ検査
2．その時、副作用はありましたか？
□なし　□あり：発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他（　）
3．今までに喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？
□なし　□あり
4．アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
□なし　□あり：じんましん、アトピー性皮膚炎、
薬のアレルギー（薬剤名：　）、食物のアレルギー（食物名：　）
その他（　）
5．現在透析中である。又は腎臓のはたらきが悪い（無尿、腎不全）といわれたことはありますか？
□なし　□あり

上述の問診票のうち、問い2から5で【□あり】の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなりうると言われています。

当院の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

造影ＭＲＩ検査同意書

該当する項目にチェックして下さい。
大牟田市立病院長　殿
□ 私は、造影ＭＲＩ検査について説明をうけ、検査担当者の指示に従い、造影検査をうけることに同意いたします。また緊急的処置が必要となった場合にも、適切に処置されることに同意いたします。問診票の記載には相違ありません。
□ 私は、造影ＭＲＩ検査について説明をうけましたが、造影検査をうけることを拒否いたします。
平成　年　月　日
署名　患者氏名
親　族
（要保護者・未成年者の場合）続柄（　）
説明者(医師、看護師



ヨード系造影剤問診票、同意書

ヨード系造影検査問診票

該当する1～7の項目にチェックして下さい。1, 2, 4, 6の"あり"を選ばれた方は、記載された項目を○で囲むか、あるいは( )の中に具体的な記入をしてください。

1. 今まで、造影剤(注射、点滴)を用いた検査を受けたことがありますか?
□なし　□あり:CT検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI検査
2. その時、副作用はありましたか?
□なし　□あり:発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他(　)
3. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか?
□なし　□あり
4. 食物、薬のアレルギーまたは、じんましんがでたことがありますか?
□なし　□あり
薬のアレルギー(薬剤名:　)、食物のアレルギー(食物名:　)、
その他(　)
5. 現在透析中である、又は腎臓のはたらきが悪い(無尿、腎不全)といわれたことはありますか?
□なし　□あり
6. 次の病気といわれたことがありますか?
□なし　□あり:多発性骨髄腫、褐色細胞腫、甲状腺機能亢進症
7. β遮断薬を内服していますか?
□なし　□あり　□不明

現在の体重は?　(　)kg　□わからない

上述の問診表のうち、問い2から6で[あり]の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなると言われています。このような場合には、主治医の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承下さい。

当院記入欄
＊ 2～6の項目で[□あり]にチェックがあれば、主治医に確認をお願いします。
□主治医確認済み　□前処置あり(　)　□前処置なし

ヨード系造影CT検査同意書

該当する項目にチェックして下さい。
地方独立行政法人 大牟田市立病院長 殿
□ 私は、ヨード系造影CT検査について説明をうけ、造影検査をうけることに同意いたします。また緊急的処置が必要となった場合にも、適切に処置されることに同意いたします。問診票の記載には相違ありません。
□ 私は、ヨード系造影検査について説明をうけましたが、造影検査をうけることを拒否いたします。
平成　年　月　日
署名　患者氏名
親族
(要保護者・未成年者の場合)続柄
説明者(医師、看護師)

・各同意書の該当する項目にチェックをお願いします。

・署名の説明者（医師・看護師）欄にサインをお願いします。