

診察・検査申込票

年 月 日

彦根市立病院 地域医療連携室宛

彦根市八坂町 1882 番地

TEL 0749(22)6053

FAX 0749(22)6093

医療機関の名称

住所

医師氏名 _____ 印

TEL

FAX

[診察 ・ 検査] どちらかに○をお願いします。

診	受診科：	医師の希望：無・有	（医師名： _____）
察	希望日： 無 ・ 有	あればお書きください。（ _____ ） ・ できるだけ早く	
検	検査名	CT MRI MRA 核医学(RI) 超音波 上部消化管内視鏡(経口・経鼻) 下部消化管内視鏡 その他（ _____ ）	
査	部位	頭部 頰部 胸部 上腹部 下腹部 骨盤 頸椎 胸椎 腰椎 肩 膝 骨 ガリウム 脳血流 甲状腺 心臓 その他の部位（ _____ ）	
	造影検査	必要 ・ 不要（造影必要時にはその旨を患者様にご説明ください）	
	希望日： 無 ・ 有	あればお書きください。（ _____ ） ・ できるだけ早く	

● 検査用チェック項目 （☆造影検査時必須項目）（※MR時必須項目）

妊娠 <small>(12週未満は原則禁忌)</small>	有・無	体重	kg	☆薬物 アレルギー	有・無	☆喘息歴	有・無	☆MRI 使用	有・無	☆Cra	
※体内金属	有・無	※イリズミ <small>(永久75%)</small>	有・無	※心臓 ペースメーカー	有・無	※脳動脈瘤 クリップ	有・無	※閉所 恐怖症	有・無	※コンタクト レンズ	有・無

傷病名：
受診の目的：

患者情報 外来患者 入院中 入所中

フリガナ 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒 _____	生年 月 日	M・T・S・H・R 年 月 日生（ 歳）
電話番号	(自宅) _____	(携帯)	_____
彦根市立病院受診歴： 無 ・ 有		診察券番号（わかる場合は記入してください）： _____	

保険情報

健康保険証	保険者番号	資格取得日	年 月 日
	記号	有効期限	年 月 日
	番号	負担割合	割
	続柄	本人 ・ 家族	継続

※FAXの受付時間 月曜日～金曜日（8:30～19:00）・木曜日（8:30～17:00）・土曜日（9:00～12:30）

※休日および時間外での申し込みはできません。

MR 検査 同意書

彦根市立病院 院長 様

患者 氏名 ⑩

保証人（親族） 氏名 ⑩

説明医師 氏名 ⑩

下記の診療行為の内容について説明を受け、理解しましたので、その実施に同意いたします。

記

1. 予定検査

MR 検査（MRI=Magnetic Resonance Imaging:磁気共鳴画像）

2. 予定日 _____

3. 危険性と注意点

MR 検査は安全な検査ですが、以下の場合には危険を伴うことがあります。

- 体内に金属や機器を埋め込まれている方が検査をされると、命に関わる事があります。
- いれずみ（タトゥー）やアートメイク（眉毛、アイライン、特殊な口紅等）をされている方は、変色や火傷の危険性があります。
- 検査中の姿勢によっては、体が熱くなられたり火傷をされたりする可能性があります。
- 妊娠中における胎児への安全性は確立されていません。主治医にご相談下さい。
- 金属類（貴金属、時計、携帯電話、補聴器、入れ歯、メッキのボタン等）をしたまま検査を行うと、火傷の恐れがあると共に、画質が低下します。
- ネイルアートをされている場合、変色や火傷の危険性があります。
- 一定時間静止できない方は、診断するのに十分な画像情報を得られない場合があります。
- 検査中はかなりの騒音がします。スポンジや耳栓等で対応しますが、音を完全に消すことは出来ません。
- 閉所恐怖症の方は検査を中止する場合があります。

上記内容をご理解の上ご納得された方は、御自身のお名前と保証人のお名前ご記入し、ご捺印下さい。

別紙説明書あり（ _____ 枚）・なし

患者渡し済み

同意書

彦根市立病院 院長 様

患者 氏名 ①

保証人（親族） 氏名 ①（本人との続柄： ）

説明医師 氏名 ①

下記の診療行為の内容について説明を受け、理解しましたので、その実施に同意いたします。

記

1. 予定手術・処置・治療・検査

造影剤（ガドリニウム製材）を用いるMR検査

2. 予定日 年 月 日

3. 病名および診療行為等の内容

今回実施するMR検査は、“造影剤”という薬剤の注射をして行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、治療をしやすくなります。造影剤を使用しなくてもMR検査は行えますが、正確な診断が出来ず病気を見落とす場合があります。これは、安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

4. 合併症と危険性

- 1) 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹・味覚異常などで、基本的に治療を要しません。このような副作用の起こる確率は、約100人につき1人、つまり1%です。
- 2) 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症がのこる可能性があり、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は、約2.5万人につき1人（0.004%）です。ただし気管支喘息の方では造影剤の副作用が起こりやすいとされています。また、重篤な腎障害のある場合は腎性全身性線維症があらわれることがあります
- 3) 病状・体質によっては約83万人につき1人の割合（0.0001%）で、死亡例の報告もあります。
- 4) 造影剤を投与後1時間～数日後に副作用で発疹・発赤・じんましん・嘔気・嘔吐・血圧低下・頭痛などが起こることがあります。このような症状があれば速やかにご連絡ください。
[2)、3)の数字は2005年 日本医放会誌掲載資料による]

造影剤を注射する時には、

- 1) 体が熱くなることがありますが、直接の刺激であり心配ありません。
- 2) 勢いよく造影剤を注入するために、血管外に造影剤がもれることが約100人に1人（1%）の割合であります。この場合には注射した部位がはれて、痛みを伴うこともありますが、基本的に時間がたてば吸収されるため心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもありますが、非常にまれです。当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわず、すぐにおっしゃってください。

***造影剤検査を拒否される場合には、以下の欄にご署名ください。**

私は、現在の病状、造影検査について説明を受けましたが、造影検査を受けることを拒否いたします。そのことによる結果について、主治医・検査担当医・病院の責任を追及しないことに同意いたします。

患者または代理人（続柄 ） （署名）_____（印）

別紙問診票あり

造影検査のための問診票

あなたのお名前 _____

適したものの□内に×印をいれてください。問い1、問い3で”あり”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉を書いてください。

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、胆のう検査、血管造影、MR 検査

そのとき、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()

造影剤で副作用歴”あり”に印を付けた方は過敏症・喘息用説明兼同意書が必要です。

2. 今までに喘息といわれたことがありますか?

なし あり

上記で”あり”に印を付けられた方にお尋ねします。現在喘息で治療を受けていますか?

なし あり

喘息で現在治療中”あり”に印を付けた方は過敏症・喘息用説明兼同意書が必要です。

3. 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、アレルギー性鼻炎、

薬のアレルギー (薬剤名:)、

食物のアレルギー (食物名:)、 その他 ()

4. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか?

なし あり

5. 糖尿病を治療中で 糖尿病のお薬(メトグルコ・グリコラン・メタクト等)を飲んでおられませんか?

これらの薬は検査日とその後2日間(可能であれば検査前2日間を含む計5日間)休薬することが望ましいです。

なし あり 【薬剤名 _____】

6. 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 わからない

上述の問診表のうち、問い1から5で ありの項目に当てはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

MR 検査予約票

様 検査日時 令和 年 月 日 () 時 分より

MR 検査を受けられる方へ

- あなたの検査は絶食が 不要・必要 です。 → 当日の 朝食・昼食 を食べないでください。
- 絶食の要・不要にかかわらず、水分(お茶・お水)はしっかり摂ってください。
(水分制限のある方はかかりつけ医にご相談ください)
※ 服薬については、かかりつけ医の指示に従ってください。
- 検査当日は、地域連携紹介患者専用窓口へお越してください。検査には診察券(診察カード)とお薬手帳が必要ですので必ずご持参ください。診察券をお持ちでない方は地域連携紹介患者専用窓口でお申し出ください。
- 検査は予約制となっておりますので、予約時刻の 30 分前には放射線科の受付にお越してください。検査開始の前または後に、担当医師による診察を受けていただきます。

注意事項について

- ◆ ペースメーカーや人工内耳、埋め込み型補聴器など体内に機器を挿入されている方は、MR 検査を受けられません。万一、機器を挿入されている方で、この用紙をお持ちの場合は必ずかかりつけ医にお申し出ください。
- ◆ MRI 対応デバイス(ペースメーカー等)が体内にある場合は、その旨をかかりつけ医にお伝えしていただき、検査当日ペースメーカー手帳を忘れずにお持ちください。
- ◆ 刺青(いれずみ)・永久アイライナーは検査の支障となる場合がありますので、かかりつけ医にご相談ください。
- ◆ 脳動脈クリップ・シャントチューブ・消化管ステントの中には検査できないものがありますのでかかりつけ医にご相談ください。
- ◆ コンタクトレンズは目に違和感を覚えたとき報告がありますので、必ずはずしてご来院ください。(眼鏡等でご来院ください)
- ◆ 妊娠の可能性がある方、閉所恐怖症の方は検査を受けられない場合があります。
- ◆ 検査室内に機器類(時計・携帯電話・補聴器など)やカード類を持ち込むと、壊れて使用できなくなります。
- ◆ 湿布薬やニトロダーム、カイロなどには金属が含まれているため火傷の可能性があり、検査室に持ち込めません。
- ◆ 化粧品には金属が含まれている物が多いため、なるべく控えてご来院ください。
- ◆ 予約時間 30 分前にご来院いただけない場合は、長時間お待ちいただくことがありますので予めご了承ください。

MR 検査について

MR 検査は磁場と電磁波を利用して行います。そのため、放射線被ばくの心配はありません。安全な検査ではありますが体表部や体内に金属や機器がある場合、命に関わる場合があります。また、検査は 15~30 分程安静にして横になる必要があります。検査中はかなりの騒音がしますが、耳栓をご用意しています。ご利用ください。

造影剤について

より詳しく検査をするため造影剤という薬剤を使用する場合があります。この造影剤は他の薬と同様で全く危険性がないとは言えません。安全に検査を受けていただくためにも、予約票と同意書に書かれている注意点を十分読まれてからご来院ください。

予約のキャンセル・変更について

予約のキャンセル・変更は、検査前日までに地域医療連携室までご連絡をお願いします。また、やむを得ず検査当日に来院できない場合も、ご連絡をお願いします。

※ わからないことや気になることがあれば、遠慮なく検査担当者にお申し出ください。

彦根市立病院 地域医療連携室 電話 0749-22-6053 (2019.9 改訂)