

# 検査指示書（読影依頼書兼用）

依頼元医療機関：松本歯科大学病院  
 地域医療連携室 TEL 0263-51-2305  
 放射線検査室 TEL 0263-51-2097

※太枠内をご記入下さい

検査日	年 月 日( ) :	読影	<input type="checkbox"/> なし
モダリティ	<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI	CD当日お渡し	<input type="checkbox"/> 希望

患者ID	当院記入欄	造影	<input type="checkbox"/> 希望	
フリガナ		造影検査 依頼の場合は ご記入下さい	Cre値 mg/dl (検査日 月 日)	
患者氏名	男・女			
生年月日	年 月 日生 歳			
連絡先	(本人)	アレルギー歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
緊急連絡先	(本人以外)			
部位	<input type="checkbox"/> 頭部 ( <input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 小脳 <input type="checkbox"/> 脳幹 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 ) <input type="checkbox"/> 頸部 ( <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 喉頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 ) <input type="checkbox"/> 胸部 ( <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 大血管 <input type="checkbox"/> 肺 ) <input type="checkbox"/> 腹部 ( <input type="checkbox"/> 肝 <input type="checkbox"/> 胆 <input type="checkbox"/> 脾 <input type="checkbox"/> 膵 <input type="checkbox"/> 腎 <input type="checkbox"/> 副腎 ) <input type="checkbox"/> 骨盤 ( <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 ) <input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 ) <input type="checkbox"/> 関節 ( <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )			
	<input type="checkbox"/> 口腔顎顔面領域(顎関節含む) <input type="checkbox"/> その他( <input type="checkbox"/> )			
	※左右の指示をご記入下さい			
	施設名		担当医	

病名(又は疑い病名)
現症及び特記事項

診断・治療の目的以外での使用はしません。この用紙に関しては厳重な管理・保管をしています。

# 造影 MRI 検査問診票

ID	氏名	様	確認欄			
太枠内の質問事項にチェックまたはご記入ください。			問診実施日	年 月 日	担当医 看護師	放射線 技師
1.ペースメーカーまたは体内電子機器を使用していますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.今までに手術をしたことはありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)それはいつ頃、どのような手術でしたか。						
( )年頃 病名または手術名( )						
3.体内に以下のようなものはありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)該当するものにチェックを入れてください。						
脳・消化管・血管 → <input type="checkbox"/> クリップ <input type="checkbox"/> コイル <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> フィルター <input type="checkbox"/> シャント <input type="checkbox"/> カテーテル						
眼・耳・心臓 → <input type="checkbox"/> 水晶体 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 心臓弁						
歯科領域 → <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 矯正用ワイヤ <input type="checkbox"/> ブリッジ <input type="checkbox"/> 義歯(磁力脱着義歯含む)						
関節・骨 → <input type="checkbox"/> 骨頭 <input type="checkbox"/> 関節 <input type="checkbox"/> プレート <input type="checkbox"/> 髄内釘 <input type="checkbox"/> 固定具						
その他の金属 → <input type="checkbox"/> けがによる金属片 <input type="checkbox"/> 美容整形による金糸 <input type="checkbox"/> 治療用置き針 <input type="checkbox"/> 避妊リング						
4.コンタクトレンズ(カラーコンタクトを含む)をしていますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.お化粧品や日焼け止めをしていますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.貼り薬(心疾患・喘息・禁煙)や湿布などを使用していますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.入れ墨・アートメイク(眉・アイラインなど)はありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.安静困難、閉所・狭所恐怖症、てんかんはありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.体重をご記入ください。(検査の際に必要なになります)				kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.(女性の方のみ)現在妊娠の可能性はありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.造影剤を使用したことはありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)どのような検査でしたか。			<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> その他			
(『はい』とお答えの方のみ)副作用はありましたか。			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ			
どのような副作用でしたか。該当するものにチェックまたは具体的にお書きください。						
<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 動悸						
<input type="checkbox"/> その他( )						
12.薬のアレルギーはありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)該当するものにチェックまたは薬剤名をご記入ください。						
<input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> その他( )						
13.以下に記載の病気で該当するものはありますか。			<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(『はい』とお答えの方のみ)該当するものにチェックを入れてください。						
<input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 腎臓の病気						
14.その他、ご質問等ございましたらご記入ください。					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

医療従事者記入欄

中止薬 なし あり( ) 月 日( )~ 月 日( )

特記事項 なし あり( )

Cre \_\_\_\_\_ mg/dl ※3ヶ月以内のもの eGFR \_\_\_\_\_ mg/min/1.73m<sup>3</sup>

検査後 帰宅 診察( )

担当医 \_\_\_\_\_ 問診確認者 \_\_\_\_\_ 放射線技師 \_\_\_\_\_ 実施看護師 \_\_\_\_\_

# 造影 MRI 検査説明書・同意書

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様

## 1.検査について

造影剤を使用して検査することには以下のような目的があります。

- ① 病気がどこにあるか
- ② どんな病気なのか
- ③ 病気がどのように広がっているのか

## 2.造影剤の副作用について

造影剤の副作用には2通りあります。

- ① 即時性副作用 : 投与直後～1時間以内
- ② 遅発性副作用 : 検査後1時間～1週間

副作用の症状には以下のようなものがあります。

- ① 軽微な副作用 : 発疹・かゆみ・咳・くしゃみ・吐き気・嘔吐・動悸など
- ② 重大な副作用 : ショック・アナフィラキシー・腎不全・けいれん発作・肺水腫・肝機能障害・黄疸・心室細動・冠動脈痙攣・皮膚障害・麻痺・血小板減少・意識障害・失神など (1/100万以下の死亡例含む)

※症状を感じたら検査担当者にお知らせください。医療処置が必要となる場合があります。

## 3.注意が必要な方

以下の項目に当てはまる方は検査前にご申告ください。

- ① MRI の造影剤により重篤な副作用の既往がある
- ② MRI の造影剤成分又はガドリニウム造影剤に対し過敏症の既往歴がある
- ③ 一般状態が極度に悪い
- ④ 気管支喘息
- ⑤ 重篤な腎障害

.....

造影 CT 検査同意書 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

松本歯科大学病院長 殿

この度、私の症状に関して担当医から診察結果の説明を受け、造影 MRI 検査が必要あるいは検査経過中の状況によっては必要とされる場合がある旨を理解しました。又、検査時に起こりうる偶発的な事故や危険性についても十分な説明を受けましたので、その実施について同意します。

署名 \_\_\_\_\_  
親族者署名(続柄) \_\_\_\_\_

※この同意は検査施行前でしたらいつでも撤回していただけます。

# MRI 検査を受けられる方へ

ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様

検査日時は \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分です。

\_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分までに総合受付までお越しください。

当日は保険証・診察券・検査指示書・問診票・( )をお持ちください。

## 1.検査前日までの注意点

中止薬  なし  あり(薬剤名: \_\_\_\_\_ )  
\_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( ) ~ \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( )まで止めてください。

## 2.検査当日の注意点

食事  通常通り  朝食なし  昼食なし  
水分  通常通り  飲水不可  水・白湯のみ可  
薬  通常通り  ( )までに内服

## 3.来院してからの流れ

- ①お持ちの診察券を自動受付機にかざして受付を行います。  
\* 月初めの方は総合受付にて保険証・受給者証の確認を行います。  
\* 他院より画像検査のみでお越しの方は総合受付までお越しください。(内科を経由する場合があります)
- ②地下1階放射線検査室受付までお越しください。  
検査開始時間は多少前後する場合があります。
- ③検査を行います。
- ④診察がある方は診療科、ない方は総合受付までお越しください。  
お会計を済ませご帰宅となります。(特別委託契約の場合は依頼されたご施設でのお支払いとなります)

——以下のものは検査前に外していただくか外した状態でご来院ください——

腕時計・アクセサリ(イヤリング・ピアス・ネックレス・ブレスレット・指輪など)  
・ヘアピン・付け爪・ネイル・遠赤外線下着や靴下・カイロ・湿布・貼用薬など  
\* 補聴器・義歯・かつら・メガネ・コンタクトレンズ・装具などは検査前に  
外していただきます。(コンタクトレンズケースをお持ちください)  
\* やけど防止・体調確認の目的からお化粧品(付けまつ毛、日焼け止め含む)は  
落とした状態でお越しください。来院後にお化粧を落とされる場合は、普段  
お使いのクレンジングをお持ちください。

——ご心配、ご不明な点、来院に関するご連絡がございましたら下記までお願いいたします——

- 口腔外科 0263-51-2067 (月)~(金)8:30~17:00 ※(土)は~12:00まで  
 内科・耳鼻科 0263-51-2350 (月)~(金)8:30~17:00  
 整形外科 0263-51-2390 (月)~(金)8:30~17:00  
 放射線検査室 0263-51-2097 (月)~(金)9:00~17:00  
 ( ) 0263-51-( )

松本歯科大学病院