

MRI 検査 案内 見本

津山第一病院MRI検査受診案内

紹介医療機関
津山第一病院

- ◆ ツヤマ タロウ 様
- ◆ 頭部 MRI 単純

予約時間： 2014年 1月 1日(水) 10時00分

- ・検査当日は、予約時間の30分前までに、津山第一病院 総合受付窓口へ保険証 紹介状・受診案内を提出して下さい。予約時間に遅れないようお願いいたします。
- ・腹部検査及び造影剤を使用する検査を受けられる方へ
 - ◎午前検査の方は朝食を食べないで下さい
 - ◎午後検査の方は昼食を食べないで下さい
 - (ただし、水、お茶、薬は飲んでも構いません)
- ・検査時間は、30分～1時間程かかります。
- ・検査の都合上、予約時間通りできない場合もあります。ご了承ください。
- ・次のような金属類は検査室に持ち込めません。※ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ベルト、エレキバン、カイロ、カード、時計、指輪、入れ歯、アイシャドーなど

※以下の質問事項を必ず記入してください

| | |
|--------------------------|------------------------|
| 1. 心臓にペースメーカを装着していますか？ | はい・いいえ (はいの場合は検査できません) |
| 2. 今までに手術を受けたことがありますか？ | はい・いいえ |
| 年 月頃どここの部位ですか？ 部位() | |
| その手術で身体に金属類が入っていませんか？ | 入ってる・入ってない |
| 3. 手術以外で身体に金属類が入っていませんか？ | 入ってる・入ってない |
| 4. 今までに喘息と言われたことはありませんか？ | 以前に言われた・治療中・ない |
| 5. 体重はどのくらいですか？ | _____ kg |
| 6. 現在妊娠していますか？ | はい・いいえ |

【アクセス方法】

- ・JR津山駅より車で約10分・JR院庄駅より車で約3分
- ・院庄ICより車で約5分 ・中鉄バス乗入れ
- ・ごんごバス乗り入れ



※ ご都合により検査当日にご来院できない場合は、お早めに津山第一病院 放射線科までご連絡下さい

津山第一病院 放射線科

電 話：0868-28-2211(代表)

受付時間：平日：午前8時30分～午後5時

受付時間：木曜：午前8時30分～正午

☆土曜日の午後検査予約の方は
ER入り口よりお入りください

CT検査案内 見本

津山第一病院CT検査受診案内

紹介医療機関

津山第一病院

- ◆ ツヤマ タロウ 様
- ◆ 頭部 CT 単純

予約時間: 2014年 1月 1日(水) 10時00分

・検査当日は、予約時間の30分前までに、津山第一病院 総合受付窓口へ
保険証・紹介状・受診案内を提出して下さい。

なお、予約時間に遅れないようにお願いいたします。

・腹部検査及び造影剤を使用する検査を受けられる方へ

◎午前検査の方は朝食を食べないで下さい

◎午後検査の方は昼食を食べないで下さい

*水、お茶は飲んでも構いません。

*薬を服用されているかたは医師または看護師にご確認ください。

・検査時間は、15分～30分程かかります。

・検査の都合上、予約時間通りできない場合もあります。ご了承ください。

【アクセス方法】

- ・JR津山駅より車で約10分・JR院庄駅より車で約3分
- ・院庄I.Cより車で約5分 ・中鉄バス乗入れ
- ・ごんごバス乗り入れ



※ ご都合により検査当日にご来院できない場合は、
お早めに津山第一病院 放射線科までご連絡下さい

津山第一病院 放射線科

電話:0868-28-2211(代表)

受付時間:平日:午前8時30分～午後5時

受付時間:木曜:午前8時30分～正午

☆土曜日の午後検査予約の方は
ER入り口よりお入りください

予約用紙 見本

津山第一病院CT/MRI検査予約用紙

いつもご紹介をいただきありがとうございます。
下記の通りご予約させていただきましたので、
お手数ですが内容をご確認のうえ**太枠のみ**ご記入いただき
Faxにてご返送ください。

ID

紹介医療機関
津山第一病院

FAX (0868) 28-2280

予約日時：2014年1月1日(水) 10時00分
頭部CT/MRI 単純

通信欄

| | | |
|--|----------|-------|
| 漢字氏名 | ツヤマ タロウ | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 | TEL |
| 通信欄 *保険情報等お知らせいただける情報があればご提供下さい(コピーでも結構です) | | |

問診票 見本

造影検査問診票

問診日

問診者名

ID _____ 患者氏名 _____ 様 _____ 歳 男性・女性 体重 _____ kg

検査名 _____ 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回の検査では、造影剤を体内に投与して検査いたします。造影剤は診断を行うに当たり有用な情報を得るという点で必要な物ですが、稀に副作用が現れる事例があります。造影剤による副作用としては、悪心・痒み・蕁麻疹・くしゃみ・吐き気等の症状が現れることがあります（発生率は約3%）。また非常に稀にショック等の重篤な副作用が起こること考えられます（数万人に1人）。

検査履歴

- ・今までに造影剤を使って検査をしたことがある場合、いつ、何の検査をしましたか？

(_____)

血液検査に関する項目

BUN _____ mg/dl CRE _____ mg/dl (_____ 年 _____ 月 _____ 日検査・未検査)

*MRIのみ記載 eGFR _____ ml/min
《eGFR60ml/min以下では腎性全身性線維症発症のリスクが高い。
30ml/min以下（透析患者を含む）は造影剤禁忌》

- ・血液検査が未検査、または異常値を示しているか..... はい・いいえ

禁忌に関する項目

- ・造影検査で検査中あるいは検査後に副作用があった・症状 (_____) はい・いいえ
- ・ヨード過敏症または重篤な甲状腺疾患がある..... はい・いいえ

原則禁忌に関する項目

- ・気管支喘息がある..... はい・いいえ
- ・重篤な臓器障害がある..... (心臓・肝臓・腎臓)..... はい・いいえ
- ・マクログロブリン血症である..... はい・いいえ
- ・多発性骨髄腫である..... はい・いいえ
- ・テタニーがある..... はい・いいえ
- ・褐色細胞腫あるいはその疑いがある..... はい・いいえ

併用注意の薬剤

- ・ビグアナイド系糖尿病用剤を使用しているか (MRI検査の場合中止の必要なし) はい・いいえ

慎重投与に関する項目

- ・じんましん等のアレルギー体質である..... はい・いいえ
- ・高血圧である..... はい・いいえ
- ・授乳中あるいは妊娠している (可能性も含む)..... はい・いいえ

上記項目に **はい** がある場合問診者が **主治医に報告・確認** すること**はい** の項目に対して、**主治医に確認後、検査許可**

また、副作用ではありませんが造影剤を静脈より注入する検査の場合、ごく稀に造影剤が血管外へ漏れ、処置が必要となる場合があります。

以上の点をご理解のうえ、造影剤使用の検査同意書にご署名下さい。

不明瞭な点等がございましたら職員へおたずね下さい。

造影剤使用検査同意書

私は、今回の検査について説明を受け、造影剤使用検査に同意します。

氏名 _____