

放射線科検査依頼票 CT/MRI/骨密度

依頼医療機関名	イムス富士見総合病院	依頼医師名	内科 太郎
---------	------------	-------	-------

患者情報記載欄			検査日時		
フリガナ	フジミ	ハナコ	性別	平成30年	5月 1日
患者氏名	富士見	花子	男・ 女		
生年月日	昭和33	年 4月 1日	60歳	14時	30分

検査機器、部位記載欄

CT <input type="checkbox"/> 単純のみ・ <input type="checkbox"/> 造影のみ・ <input type="checkbox"/> 単純造影両方	MRI <input type="checkbox"/> 単純・ <input checked="" type="checkbox"/> 造影
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 脊椎(頸・胸・腰)	<input type="checkbox"/> 頭部(脳ルーチン・軟部腫瘍) <input type="checkbox"/> 肝臓・胆嚢・脾臓
<input type="checkbox"/> 顔面(副鼻腔) <input type="checkbox"/> 四肢(右・左)	<input type="checkbox"/> 下垂体 <input type="checkbox"/> 膵臓
<input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> MRCP(ボースデル無しの場合は指示して下さい)
<input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> CTA	<input type="checkbox"/> 頸部(硬口蓋～胸鎖関節) <input type="checkbox"/> 腎・副腎
<input type="checkbox"/> 腹部(肝～腎)	<input type="checkbox"/> 頸部血管(造影なしMRAのみ) <input type="checkbox"/> 膀胱
<input type="checkbox"/> 骨盤部	<input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 前立腺・女性骨盤臓器
※3Dご希望の際は後日郵送となります	
撮影範囲を[]に記載してください	
<input checked="" type="checkbox"/> 脊椎(頸・ 胸 ・腰) Th1～L2まで	
<input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左上肢(肩・上腕・肘・前腕・手・手指・軟部腫瘍(部位))	
<input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢(股・大腿・膝・下腿・足・足指・軟部腫瘍(部位))	

骨密度

腰椎、股関節

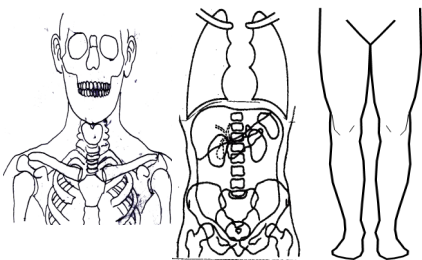
①腰椎・股関節に骨折はありませんか？〈はい・いいえ〉(部位： 時期：)

②妊娠中ではありませんか？〈有・無〉 ③透析を受けていますか？〈はい・いいえ〉

○臨床診断名 胸椎腫瘍疑い(Th11レベル) 造影後は3方向で、可能ならDWIも撮影して下さい

○既往 肺癌

○検査目的 CTにて上記指摘、精査目的です



読影	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無
出力	<input checked="" type="checkbox"/> CD-R・フィルム
提出方法	<input checked="" type="checkbox"/> 患者様に手渡し <input type="checkbox"/> 郵送(/ 必着)

○CTの冠状動脈撮影、MRI対応ペースメーカー患者様は当院循環器内科への依頼をお願いいたします。

○複数部位をオーダーされますと検査できない場合がございます。複数部位を希望される場合は必ず予約時にご相談ください。

○造影CT、単純(造影)MRIでは別途同意書も記載必須です。

※提出方法等に記載がない場合はこちらの都合とさせていただきます

※骨密度の出力は紙のみ、読影は当院では行いません

イムス富士見総合病院 放射線科 ☎049-251-3060

MRI検査における体内金属および造影剤使用に関する説明書と同意書

□MRI検査および体内金属について

MRI検査はX線を使用せず、寝ているだけの安全な検査とされています。しかし、手術等により体内に機械や金属が存在する場合、それらの移動や発熱の可能性があります、不慮の事故が起こる可能性があります。検査を安全に行うために下記の質問にお答えください。

■MRI検査のための問診票

- | | | |
|--|---|--|
| ①今までにMRI検査を受けたことがありますか？ | □いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ②心臓ペースメーカー（除細動、心電図含む）を使用していますか？ | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | □はい |
| ③今までに手術、カテーテル検査をしたことがありますか？どのような手術ですか？
H29年頃 手術名（脳動脈瘤クリップ MRI検査は施行して大丈夫です） | □いいえ | □はい |
| ④体の中に金属は入っていますか？
クリップ・コイル・人工関節・ステント・カテーテル・人工心臓弁・人工内耳・義眼・
眼内レンズ・シャント（血管・脳室）・神経刺激装置・その他（ ） | □いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ⑤刺青や永久アイラインが入っていますか？（火傷、色落ちの可能性があります） | □いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ⑥取り外しのできる入れ歯を使用していますか？
それは磁石で固定するタイプのものでしょうか？（歯科医師の許可が必要です） | <small>刺青…説明済みOK</small>
□いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ⑦歯列矯正中ではありませんか？（歯科医師の許可が必要です） | <small>入れ歯…歯科確認OK</small>
□いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ⑧鉄剤を服用していますか？（鉄剤由来の画像の歪みや発熱の可能性があります、排泄を待つのが望ましいです） | <small>歯列矯正…歯科確認OK</small>
□いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ⑨閉所恐怖症（狭いところで長時間じっとしてられない）ですか？ | <small>妊娠…危険性の説明済みOK</small>
<input checked="" type="checkbox"/> いいえ | □はい |
| ⑩（女性の方のみ）現在妊娠している可能性はありますか？（胎児の安全性が確立していません） | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | □はい |
| ⑪わかっている感染症がありましたら記載して下さい [W氏・HBAg・HCV・その他（無し）] | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | □はい |

□造影検査について

MRI造影剤にはガドリニウム、鉄、マンガンを主成分とする3種類の造影剤があります。

これらの造影剤は静脈注射もしくは経口投与することにより、体内のより詳しい画像情報を得るうえで重要な役割をします。使用する造影剤は一般のお薬同様、まれに副作用が起こることがあります。

軽い副作用（5%以下）：吐き気、嘔吐、頭痛、かゆみ、発疹など

重い副作用（0.1%以下）：呼吸困難、意識障害、血圧低下など

※近年、腎機能が高度に低下した方（透析を行っている方、腎不全の方）にMRI造影剤を使用し、腎性全身性線維症（造影剤投与数日から数ヶ月後に、皮膚の発赤、発疹、腫脹、疼痛、硬化などで発症し、その後皮膚の硬化や色素沈着、関節硬縮などを生じる病気）を発症した報告があります。腎臓病のある方や透析を受けている方は、必ず医師におっしゃってください。

■主成分ガドリニウム／鉄／マンガン造影剤使用のための問診票

- | | | |
|--|---|--|
| ①今までに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？ (CT MRI、尿路等) | □いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ②その時副作用はありましたか？
かゆみ・じんま疹・吐き気・嘔吐・くしゃみ・冷や汗・その他（ ） | □いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ③アレルギー性の病気やアレルギー体質はありますか？
じんま疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー（
薬剤（薬剤名））・その他（具体的に） | □いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ④気管支ぜんそくと言われたことはありますか？ 小児期のみなので造影して大丈夫です | □いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ⑤腎臓の働きが悪い（腎不全など）言われたことがありますか？ | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ | □はい |
| ⑥（女性の方のみ）現在授乳していませんか？ 造影後に授乳を控えなければいけない期間は説明済みです | □いいえ | <input checked="" type="checkbox"/> はい |
| ⑦クレアチニン値.....0.8..... mg/dl 採血日 平成29年 01月 01日 データは半年前ですが腎機能は安定しているので造影して大丈夫です | | |

説明医師署名欄

H29年 06月 01日 ○○クリニック科

医師氏名 富士見市 太郎

私は造影剤を使用した検査に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

記入日 H29年 06月 01日

本人署名： イムス 花子

代理人署名： イムス 太郎

(続柄： 父)

造影検査終了後チェック 時 分

チェック者

血圧 / mmHg 脈拍 回/分 前後の変化 有・無 造影後副作用の兆候 有・無