

担当医の皆様へ

【MRI・CT検査依頼手順】

- ・まずは、下記の放射線科受付にお電話ください。予約日時の調整をいたします。
- ・検査日時が決定しましたら、MRI・CT検査依頼票(診療情報提供書)に必要事項をご記入の上、FAX送信して下さい。
(依頼票はコピーしていただき担当医様お手元で保管して下さい。)
- ・検査日時をご記入され、患者様に「MRI・CT検査予約票・交通案内」をお渡し下さい。
(書類右上隅に<患者様お渡し用>と記載があるものを患者様にお渡し下さい。)
- ・MRI・CT検査依頼票(診療情報提供書)原本を患者様にお渡し頂き、検査当日に保険証と合わせお持ち下さい。

【体内金属装着患者様のMRI検査依頼の場合】

- ・MRI適合の材質を確認の上「体内金属同意書」もご記入いただき、FAX送信して下さい。
- ・MRI対応ペースメーカを挿入された患者様でも当院ではMRI検査出来ません。

【造影検査の依頼の場合】

- ・「造影検査同意書」もご記入いただき、FAX送信して下さい。
- ・造影検査の場合、患者様のクレアチニン及びeGFRの数値が必要となりますので、採血をお願いいたします。(直近のデータがあれば代用可能です)
※eGFR30未満の患者様は造影できません。
- ・妊婦のMRI・CTの検査は当院では施行できません。

【MRI・CT検査結果報告】

- ・検査終了後、患者様にCD-R等でデータをお渡しします。
- ・検査結果は後日、放射線科医の読影レポートを郵送いたします。
- ・広島市民病院放射線診断科医師が読影を行っています。

広島市立リハビリテーション病院

放射線科受付 (TEL・FAX)082-849-2853

(受付時間) 8:30~17:00

広島市安佐南区伴南1-39-1

MRI CT 検査依頼票(診療情報提供書)

紹介先医療機関
 広島市立リハビリテーション病院
 ◆ TEL: 082-849-2853
 ◆ FAX: 082-849-2853

医療機関名
 所在地
 御担当医
 TEL

| | | | | | | |
|------|---|---------|-------|-------|-----|-----|
| 検査日時 | 年 | 月 | 日 () | 午前・午後 | 時 | 分 |
| フリガナ | | | | | 性別 | |
| 患者氏名 | | | | | 様 | |
| | | | | | 男・女 | |
| 生年月日 | | M・T・S・H | | 年 | | 月 日 |
| TEL | | | | | | |

- ◆ 検査部位: ○ で囲ってください
- | | | |
|-----------------------------------|---------------------|---------------------|
| <u>頭部(MRI/MRA)</u> | <u>頭頸部(MRI/MRA)</u> | <u>胸部・腹部・骨盤部 CT</u> |
| <u>頭部 CT</u> | <u>頸部CT</u> | <u>骨盤部 股関節 MRI</u> |
| <u>頰椎・胸椎・腰椎・仙骨 (MRI・CT)</u> | | |
| <u>左・右 膝・足関節・肩・肘・手関節 (MRI・CT)</u> | | |
| <u>その他 () (MRI・CT)</u> | | |

◆造影 なし あり
 ※ありの場合同意書をお願いします。(別紙)

◆画像提供方法
フィルム CD

傷病名

症状経過

その他(既往歴・処方薬など)

※特に希望される撮影があればご記入ください。記入が無い場合は、当院のルーチンで撮影いたします。

| ◆MRI検査依頼時 チェック項目 | | | |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------|
| ペースメーカー挿入 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 絶対禁忌 |
| MRI対応ペースメーカー※ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 絶対禁忌 |
| 人工内耳 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 絶対禁忌 |
| 神経刺激装置 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 絶対禁忌 |
| 妊娠(女性の方)※※ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | 検査不可 |
| 脳動脈瘤クリップ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| その他体内金属 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 金属作業の経験 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 手術歴 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| ※体内金属ありの場合同意書をお願いします。(別紙) | | | |
| 手術内容 | | | |
| | | | |
| その他の疾患 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 詳細 () | | | |

| ◆造影検査依頼時 チェック項目 | | | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| 造影剤使用歴(CT/MRI/その他) | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| アレルギー体質 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 腎機能障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 採血の日付(年 月 日) | | | |
| 血清クレアチニン値 | mg/dl | | |
| eGFR | ml/min/1.73 | | |
| 糖尿病 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| メホルミン内服 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| βブロッカー内服 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 心機能障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 重篤な甲状腺機能亢進症 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 肝障害 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |
| 妊娠または授乳中 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | |

※MRI対応ペースメーカーを挿入された患者でも当院ではMRI検査出来ません。
 ※※妊婦のMRI・CTの検査は当院では施行しません。

【MRI検査予約票】

| | | | | |
|------|----|--|---|----|
| 様 | | | | |
| 検査部位 | | 造影 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり | | |
| 検査日時 | 年 | 月 | 日 | 曜日 |
| | 午前 | 時 | 分 | |
| | 午後 | | | |

【注意事項】

- ✓ 検査当日は、予約時間の15分前にお越しいただき、「総合案内・受付(入口からすぐの場所)」にこの予約票をご提出ください
 - ✓ 保険証をご持参下さい
 - ✓ 当院医師による診察の後、検査となります
 - ✓ 腹部を除く検査で造影「なし」の場合は、食事をされていても構いません
 - ✓ 腹部およびMRCP検査の場合、検査前4時間は絶食してください
 - ✓ 造影が「あり」にチェックされている場合、検査前4時間は絶食してください
造影剤を使用すると、まれに気分が悪くなることがあります
必要に応じて家族の同伴をお願いします
(お薬・飲水は可能です。)
 - ✓ 以下の方は検査を受けることができません
 - 心臓ペースメーカーを使用している方 (MRI対応ペースメーカーを含む)
 - 人工内耳を使用している方
 - 神経刺激装置を使用している方
 - 妊娠中の方
 - ✓ 以下の方は検査を受けることができないことがあります
 - 手術をして体内に金属を保有している方
 - 入墨のある方
 - ✓ この検査は磁気を利用していますので、検査室に金属類を持ち込むことができません
以下のものは検査室に入る前にはずしてください (更衣室に検査着が用意してあります)
- 〔 時計、ネックレス、ヘアピン、カイロ、ブラジャー、ベルト、吸湿発熱線維下着 (ヒートテックなど) 補聴器、入れ歯、眼鏡、キャッシュカード、カラーコンタクト、貼り薬など 〕
- その他.....
アイシャドー、マスカラも落としていただきます
- ✓ 検査終了後に画像処理や持ち帰り用CD-R等の作成のため、30分程度の待機時間があります
 - ✓ 検査日に来院できないときは、早めに下記までご連絡ください

検査台に横になっていただき、
台が中まで入って、撮影します

検査時間は30~50分程度です

検査中は大きな音がします



広島市立リハビリテーション病院
放射線科受付 082-849-2853
広島市安佐南区伴南1-39-1

ご不明な点、ご質問がありましたら、お気軽に当院までお問い合わせください

【CT検査予約票】

| | | | | | |
|------|----|---|----|-----------------------------|-----------------------------|
| 様 | | | | | |
| 検査部位 | | | 造影 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 検査日時 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 曜日 |
| | 午前 | | 時 | 分 | |
| | 午後 | | | | |

【確認事項】

- ✓検査当日は、予約時間の15分前にお越しいただき、
「総合案内・受付(入口からすぐの場所)」にこの予約票をご提出ください。
- ✓保険証をご持参下さい。
- ✓当院医師による診察があります。
- ✓腹部のCT検査の方は、検査前4時間の絶食をお願いします。(お薬・飲水は可能です。)
- ✓必要に応じて家族の同伴をお願いします。
造影剤を使用すると、まれに気分が悪くなる場合があります。
- ✓撮影部位にある金具類(ピアス、ヘアピン、ベルト、下着のホック、ファスナーなど)は
検査前にはずしていただき、検査着に更衣していただくことがあります。
検査着はこちらで用意してあります。
- ✓検査時間は10～20分です。
- ✓CT検査の寝台に横になっていただき、スライドしながら撮影します。
- ✓検査後は、お持ち帰り用のCDやフィルムを準備いたしますので、時間を要することがあります。
- ✓妊娠している可能性のある方は、この検査を受けることができません。
- ✓検査日に来院できないときは、早めに下記までご連絡ください。

広島市立リハビリテーション病院
放射線科受付 082-849-2853
広島市安佐南区伴南1-39-1

ご不明な点、ご質問がありましたら、お気軽に当院までお問い合わせください。

体内金属を埋め込んだ患者様の MRI検査についての説明書

体内金属は、その材質や埋め込み箇所により、MRI検査を受けられない場合があります。

必ずお読み下さい。

★MRI検査が施行できないもの

- ◆心臓ペースメーカー
- ◆人工内耳
- ◆MRI非対応脳動脈瘤クリップ

★MRI検査を行うにあたり、注意が必要なもの

《頭頸部》

- ・脳動脈瘤クリップ
- ・頸動脈ステント
- ・義歯(磁石入り) など

《胸部》

- ・大動脈ステント
- ・冠動脈ステント
- ・心臓人工弁 など

《腹部・骨盤》

- ・胆道系ステント
- ・子宮内避妊具 など

《四肢・関節》

- ・整形用骨固定金具
- ・人工関節
- ・ワイヤー
- ・義肢・義足
- ・点滴用シーネ など

入れ墨・眉毛のアートメイクなどは、成分により発熱する恐れがありますので、お申し出ください。

体内に留置金属がある場合は、担当医師またはMRI検査担当技師にご相談ください。

わからないこと、ご質問などございましたら、いつでもお尋ねください。

体内金属 同意書

患者氏名 _____ 様

体内金属保有の検査での危険性について

- 磁性体(磁石につく金属)の場合は、金属が体内で動くことがあります。
- 古い脳動脈瘤クリップは磁性体の可能性があります。
- MRI対応の金属の場合も、金属周囲の発熱が起こる可能性があります。

以下の事項について再度確認してください

- **インプラントの材質**
MRI対応の金属であるか
- **手術の時期、手術したところ**
いつ頃、どこに金属を埋め込む手術したか
- **義歯(磁石入り)**
歯科から、磁石を使用した義歯の証明カードをもらったか

説明確認書

検査の必要性とこれに伴う影響について患者様に説明いたしました

年 月 日

医療機関名 _____

説明医師 _____

同意書

検査の必要性とこれに伴う影響について医師より説明を受け、
理解したので検査を受けることに同意します

年 月 日

患者署名(もしくは代理人) _____

続柄 _____

造影検査 同意書

造影検査の必要性……

- 造影検査とは、造影剤という薬剤を静脈注射しながら撮影を行う検査です
- 造影剤を使用すると、病気の状態をより詳しく調べることができます
- 造影剤は、通常24時間でほぼ全量が尿の中に排泄されます

造影剤の副作用……

造影剤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

副作用は検査中や直後に起こるもの(即時性副作用)と、
数日してから起こるもの(遅発性副作用)があります

- ①軽い副作用(2%以下)
〔吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹、くしゃみなど〕
- ②重い副作用(0.004%以下)
〔呼吸困難、意識障害、血圧低下など〕
- ③他の多くの薬剤と同様に、ごくまれにですが死に至る報告もあります
(0.00025%以下)

検査の際は万一、副作用が発生した場合に備えて万全の体制を整えています

説明確認書

検査の必要性とこれに伴う副作用について患者様に説明いたしました

年 月 日

医療機関名 _____

説明医師 _____

同意書

検査の必要性とこれに伴う副作用について医師より説明を受け、
理解しましたので検査を受けることに同意します

年 月 日

患者署名(もしくは代理人) _____

続柄 _____

経口造影剤(検査) 同意書

MRCP検査に使用するボースデル(陰性造影剤)の必要性……

- 腹部のMRIを撮影する際に経口造影剤を検査前に飲んでいただいています
- 造影剤を使用すると、病気の状態をより詳しく調べることができます
- 造影剤は、通常48時間で88%以上が大便中に排泄されます

造影剤の副作用……

造影剤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

副作用は検査中や直後に起こるもの(即時性副作用)と、
数日してから起こるもの(遅発性副作用)があります

①0.1～5%未満

[軟便、下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、眠気、頭痛]

②0.1%未満

[胸やけ、尿蛋白陽性、尿糖陽性など]

③頻度不明

[発疹、じんま疹]

検査の際は万一、副作用が発生した場合に備えて万全の体制を整えています

説明確認書

検査の必要性とこれに伴う副作用について患者様に説明いたしました

年 月 日

医療機関名 _____

説明医師 _____

同意書

検査の必要性とこれに伴う副作用について医師より説明を受け、
理解しましたので検査を受けることに同意します

年 月 日

患者署名(もしくは代理人) _____

交通案内(車でお越しの方)

■ 広島市立リハビリテーション病院 近隣地図

* 駐車料金のご案内: 外来検査で駐車される方は駐車料金無料です。



交通アクセス

自動車

- ・山陽自動車道五日市インターから車で約 7分
 - ・広島自動車道西風新都インターから車で約 5分
- =広島市街からお越しの方=
- ・広島高速4号線沼田インターから車で約 7分

交通アクセスについて何かご不明な点がございましたら、お気軽にお電話ください。

広島市立リハビリテーション病院

〒731-3168 広島市安佐南区伴南1-39-1

放射線科受付 (TEL:082-849-2853)

交通案内(公共交通機関でお越しの方)

■ 大塚駅バス停の位置



※大塚駅の改札を出たら、左へ。

交通アクセス

路線バス (広島電鉄)

- ・広島バスセンター④番乗り場から
「こころ西風梅苑またはこころ産業団地」行きバス
約30分……リハビリセンター前バス停下車
- ・JR横川駅前③番乗り場から
「こころ西風梅苑またはこころ産業団地」行きバス
約25分……リハビリセンター前バス停下車
- ・アストラムライン大塚駅から「こころ西風梅苑またはこころ産業団地」行きバスに乗り換え
約8分……リハビリセンター前バス停下車

※こころ南行き、花の季台行きのバスは
総合リハビリテーションセンターには止まりませんので、
お気をつけ下さい。

交通アクセスについて何かご不明な点がございましたら、
お気軽にお電話ください。

広島市立 リハビリテーション病院

放射線科受付 (TEL:082-849-2853)

