ID　　当院で記載します

【様式２】

診療情報提供書（画像検査依頼書）

（西暦）　　年　　月　　日

予約専用 FAX
0795－88－5231

兵庫県立丹波医療センター
放射線科　　先生

紹介元医療機関

医療機関名

医師名

TEL

FAX

フリガナ 氏　名 （旧　姓）	（旧姓　　）	生年月日	明･大･昭･平･令　　年　　月　　日（　　歳）
		TEL	
		当院受診歴	有　・　無
住　所	〒		
検査希望日	①　　月　　日　　②　　月　　日　　③　いつでも可		
検査目的（コメント）　検査依頼内容、症状、既往歴及び家族歴、現在の処方等をご記入ください			
CDR コピー：□必要　□不要			

＊造影を希望される場合は、

腎機能検査と問診票・同意書の確認、署名をお願いいたします。

□ ＣＴ　（ 単純 ・ 造影 ）

以下のものを確認してチェック→□全て無し

●心臓ペースメーカー　●ＩＣＤ

検査部位　□頭部
□頸部
□胸部
□腹部
□脊椎
□３ＤＣＴ　□その他（　　）

□ ＲＩ

検査部位　□骨シンチ
□脳血流シンチ
□ＤＡＴスキャン
□その他（　　）

□ 骨密度測定

検査部位　□腰椎
□大腿骨頸部
□腰椎＋大腿骨頸部

□ ＭＲＩ　（ 単純 ・ 造影 ）

以下のものを確認してチェック→□全て無し

●心臓ペースメーカー
●脊髄刺激電極　●妊婦
●人工内耳　●閉所恐怖症
●植込み式インシュリンポンプ
●強磁性体を含む体内金属

検査部位　□頭部
□VSRAD
□頸部
□乳腺
□腹部
□脊椎
□その他（　　）

□ ＭＲＡ

検査部位　□頭部
□頸部
□その他（　　）

＊３ＤＣＴのお渡しは後日郵送となります

兵庫県立丹波医療センター　予約専用　FAX：0795－88－5231　TEL：0795－88－5220

MRI 検査を受ける前に

ご記入日【　　年　　月　　日】
氏名【　　】

検査に強い磁石を使用しますので、次のチェック項目にお答えください。

●心臓ペースメーカー　なし・あり
（胸部の皮膚下に植え込まれた小さな人工臓器のこと）

●動脈瘤クリップ　なし・あり
（動脈瘤・くも膜下出血により開頭手術を受け動脈瘤の部分にクリップを施行された方）

●心臓人工弁　なし・あり
（心臓弁膜症により人工の心臓弁に置換された方）

●コンタクトレンズ　なし・あり
※カラーコンタクトレンズは必ず外してください

●義歯　なし・あり
（総入れ歯、部分入れ歯などではずすことのできるもの）

●人工骨頭・関節　なし・あり（　　年前）
（股関節・膝関節に人工関節置換手術を受けられた方）

●金属ステント　なし・あり
（血管・胆管・気管支等の狭窄部分に留置された円筒形金属のこと）

●その他体内金属　なし・あり（　　年前）
（眼窩内金属異物、骨折によるプレート・ボトルなど）

●刺青・タトゥー（眉を含む）　なし・あり

●手術歴　なし・あり

●閉所恐怖症　なし・あり

●MRI 検査経験の有無　初めて・（　　）回目

●妊娠（女性の方）　なし・あり（　　週）

●体重　　Ｋｇ

＊　ご協力ありがとうございました　＊

兵庫県立丹波医療センター　予約専用　FAX：0795－88－5231　TEL：0795－88－5220

ガドリニウム造影剤使用に関する説明書

あなたが受けられる検査では､ガドリニウム造影剤の注射が行われます｡この説明書をお読みになり、ご不明な点は主治医や担当の医師・看護師に質問していただき、納得されましたら問診票に記入していただいたうえ、同意書に署名をしてください。

○ 造影検査について

造影剤は内臓の状態や病気の性質を詳しく知るため画像に濃淡をつける薬剤です。検査時に腕などの静脈から注射をします。安全に造影剤を使用できるかどうかは主治医および検査担当医が慎重に判断していますが、ほかの薬剤と同様に時として副作用があることをご了承ください。ごくまれに生命にかかわる副作用が生じますが、造影剤を使うことは病気の診断や治療方針を立てるうえで大変有用となることをご理解ください。

○ 造影剤の副作用について

＊軽い副作用（頻度 1～12%）
　　掻痒感（かゆみ）、悪心（吐き気）、嘔吐、蕁麻疹など
＊重篤な副作用（頻度 0.001～0.22%）
　　呼吸困難、血圧低下、意識障害など

これらの症状は造影剤の使用直後から 1 時間以内に生じることがほとんどですが、造影剤使用時間から数日後に蕁麻疹などの副作用が生じる場合があります（遅発性副作用)。軽い副作用であれば治療を要さない、もしくは 1~2 回の投薬や注射で回復するものがほとんどですが、重篤な副作用を生じた場合は入院のうえ治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。10～20 万人に 1 人の割合（0.0005～0.001%）で死亡する場合もあります。

検査中はスタッフが状態を注意深く観察していますので、体調に異変が感じられたらすぐに申し出ください。

検査中に体熱感（体の中が熱くなるような感じ）を受けられる方もおられますが、これは正常な反応であり、副作用ではありませんのでご安心ください。

また、帰宅後に蕁麻疹などの副作用（遅発性副作用）が生じた場合は、下記までご連絡ください。

連絡先　　兵庫県立丹波医療センター　☎ 0795（88）5200 代表

○ 造影剤に対する副作用の予知について

初めて造影検査を受けられる方、または今までに造影剤を使用して副作用のない方が今回の造影検査で副作用を起こすかどうかをあらかじめ調べる方法は現在のところありません。ただし、気管支喘息やその他のアレルギーの既往のある方、今までに造影剤で副作用を起こしたことのある方などは造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強く出る場合があります。また、その他の疾患によって造影検査ができないこともあります。

同意書へのご署名がある場合でも検査担当医の判断により造影検査を行わない場合もあります点をご承知おきください。

ガドリニウム造影剤使用に関する問診票・同意書

ID　　氏名
検査名　造影 MRI 検査　　検査日　　年　　月　　日

【医師記入欄】⇒**この欄に記載のないものは造影検査できません**

ガドリニウム（Gd）造影剤検査チェックリスト（依頼医師が必ず問診のうえ、下記項目に記入ください）

1. Gd 造影剤でのアレルギー歴（原則禁忌です。代替え検査検討のうえ、オーダください）　□あり　□なし
2. Gd 造影剤でのショック既往（絶対禁忌です。主治医同伴のうえ、検査ください）　□あり　□なし
3. 気管支喘息の既往歴（原則禁忌です。代替え検査検討のうえ、オーダください）　□あり　□なし
4. 甲状腺機能亢進症（原則禁忌です。代替え検査検討のうえ、オーダください）　□あり　□なし
5. 腎機能の確認（eGFR45 未満では造影検査は推奨しません）　□ 済　□ 未
   ※『未』の場合は血液検査をオーダしてください。
6. 他の造影剤でのアレルギー歴（禁忌ではありませんが、副作用の頻度が増えます。）　□あり　□なし

【患者記入欄】

1. これまで造影剤を使用して検査を受けたことがある。　□はい　□いいえ
   上記「はい」の場合、そのとき副作用があった。　□はい　□いいえ
   ●何の検査のときでしたか？　□CT　□腎盂尿管造影　□胆嚢造影　□血管造影　□MRI
   ●副作用があった方は具体的にどのような症状でしたか？
   □吐き気・嘔吐　□蕁麻疹　□呼吸苦　□血圧低下　□その他（　　）
2. 気管支喘息といわれたことがある。
   □はい　（□治療中　□治療中ではないが時々発作がある　□数年は症状なし　□小児期のみ）
   □いいえ
3. 腎臓病・腎臓の機能が悪いといわれている。あるいは透析をしている。　□はい　□いいえ
4. アレルギーの病気を患ったことがある。　□はい（具体的に　　）　□いいえ
5. 両親兄弟（血縁者）に造影剤での副作用を経験したものがいる。　□はい　□いいえ
6. 両親兄弟（血縁者）に気管支喘息もしくはアレルギー体質がある。　□はい　□いいえ
7. （女性の方のみ）妊娠中もしくは妊娠の可能性がある。　□不明　□はい　□いいえ
8. （女性の方のみ）授乳中である。※授乳中の場合、検査後 48 時間は授乳を中止してください　□はい　□いいえ
9. 検査を受けられる方のおおよその体重をご記入ください。　＿＿＿＿kg＿＿

同意書

兵庫県立丹波医療センター 院長 様

主治医の説明により造影剤使用の検査の必要性を理解しました。別紙の説明書を読み、造影剤の副作用やその頻度を理解しましたので、造影検査を受けることに同意します。また、万が一、造影剤の副作用が生じた場合、必要な処置を受けることを了承します。

西暦　　年　　月　　日

患者本人 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿　代理人 氏名＿＿＿＿＿＿＿（続柄＿＿＿）

検査を受けるご本人が未成年や意識障害などのある場合には代理人のご署名もお願いします。

説明担当医 署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

兵庫県立丹波医療センター　予約専用　FAX：0795－88－5231　TEL：0795－88－5220