診　療　情　報　提　供　書

平成　　年　　月　　日

福岡青洲会病院 科　　医師	紹介元医療機関 医師名 電話番号

（フリガナ） 患者氏名		男 女	生年 月日	M・T S・H	年　　月　　日 （　　歳）

住所	電話番号
傷病名	
紹介目的	1．診療依頼（入院・外来） 2．検査依頼（単純MRI・単純CT・その他　　） （造影MRI・造影CT）→**血清クレアチニン値**.....mg/dl
検査部位	※検査予約日時：　　月　　日　　時　　分
	※該当部位を〇で囲んで下さい。 頭部・頚部・頚椎・胸椎・腰椎・（　　）関節・胸部（　　）・ 腹部（　　）・骨盤腔・その他（　　）

1．既往症家族歴

2．症状経過

3．検査結果

4．治療経過

5．処方

6．備考

保険	保険者番号		本人
	記号・番号		家族
公費	公費番号		
	受給者番号		

貴院控えおよびFAX用

福岡青洲会病院　（代表電話番号）092-939-0010　（FAX番号）092-939-3541
検査予約専用　（電話番号）092-939-0070　（FAX番号）092―939―1791

ＭＲＩ検査問診書・同意書

MRI 検査は強力な磁石でできた筒の中に入り、磁気の力を利用して体の臓器や血管を撮影する検査です。その為、ペースメーカー使用の患者さんなど検査できない場合がありますので、事前に問診をさせて頂きます。また、検査時間が 30 分以上掛かる場合もありますのでご了承下さい。

安全に検査を受けていただく為に、該当する項目にチェックして下さい。

●問診事項

＊ 絶対禁忌（検査不可）

ペースメーカーまたは、埋め込み型徐細動器を装着していますか？　　はい　・　いいえ

＊ 要注意（危険性や、熱の発生、画像の劣化の可能性があり、検査が出来ないことがあります）

１．体内に金属物がありますか？　　はい　・　いいえ

はいと答えた方、下記にチェックして下さい。

□人工内耳　□脳動脈クリップ　□血管内ステント・コイル・フィルター
□圧可変式シャントバルブ　□脳室シャント　□腎シャント　□人工心臓弁
□埋込型の薬剤動注ポンプ　□神経や骨成長刺激用の機械　□埋込型のインシュリンポンプ
□金属の縫合ワイヤー　□人工関節・人工骨頭　□骨接合用ネジやピン　□義肢･義足
□義眼　□陰茎用埋込物や子宮内避妊具　□歯科矯正用ブレース　□インプラント
□その他（　　）
★ チェックした項目の施術時期（　　年頃）

２．事故や戦争で体内や眼内に金属粉塵の残存がありますか？　　はい　・　いいえ
３．治療針を受けられたことがありますか？　　はい　・　いいえ
４．身体に刺青をされていますか？　　はい　・　いいえ
５．閉所恐怖症ですか？　　はい　・　いいえ

＊装着品・装備品について（原則、検査直前にはずして頂きます。）

６．補聴器をしていますか？　　はい　・　いいえ
７．義歯（入れ歯、差し歯等はずせるもの）をしていますか？　　はい　・　いいえ
８．ネックレス・ピアス・指輪やヘアピン・かつらをしていますか？　　はい　・　いいえ
９．湿布・カイロ・エレキバン等をしていますか？　　はい　・　いいえ
１０．ニトログリセリン貼り付け製剤、ニコチンパッチをしていますか？　　はい　・　いいえ

＊女性の方にお尋ねします

１１．妊娠している、または妊娠の可能性がありますか？　　はい　・　いいえ
（妊娠している方の検査は行っておりませんので御了承下さい。）

＊＊検査に必要ですので体重をご記入下さい　　＿＿＿＿＿＿kg

主治医より検査の説明を受け、この検査に同意します。

平成　　年　　月　　日

ご本人又は、代理の方のご署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）／（同席者）

貴院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　紹介医ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

― 貴院控え　および　FAX 用 ―

福岡青洲会病院　放射線課　（TEL）092―939―0070　（FAX 番号）092―939―1791

造影MRＩ検査の説明書・同意書

1.　造影MRＩ検査の意義は？

MRＩ検査は造影剤なしでも検査できますが、造影剤を注射しながら検査することにより鮮明な画像が得られ、腫瘍性病変や血管性病変などの描出が向上しますので、精度の高い診断が出来ます。

主治医はあなたの病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えます。

2.　副作用について

MRＩ用造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に過敏症による副作用が出る場合があります。

①軽症：吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹など（500～1000人に1人）。多くは心配ありません。

②重症：血圧低下、息苦しさ、意識消失（数万人に1人）。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。極めて稀ですが死亡に至った例もあります。（数十万人に1人）

残念ながら、こうした副作用がいつ発生するかを事前に知ることは出来ません。また、前回の検査に異常が無くても、今回副作用が出ることもあります。

3.　次の事項について該当する場合、副作用の発現率が増しますので慎重投与となります。該当することがあればチェックして下さい。　　**★何もない場合　→　□　該当なし**

□重篤な腎障害がある　　□重篤な心障害がある　　□気管支喘息（治療中）

□造影剤の使用歴がある　→　副作用は？　□無　　□有→（症状は？　　）

□糖尿病がある　　□薬や食べ物にアレルギーがある　　□鼻炎や蕁麻疹などを起こしやすい

□その他（　　）

（重要項目）★血清クレアチニン値を御記入下さい。　　mg/dl

4.　注射に同意されれば、下の同意書に署名してください。

患者さんが未成年や意識障害のある場合は家族や代理の方でも結構です。造影剤使用に気が進まなければ、得られる情報は減りますが使用せずに検査を行いますので、主治医と御相談下さい。

お手数ですが、毎回ご署名をお願いします。まとめて予約した検査は1枚で結構です。

造影 MRI 検査の同意書

私は造影剤使用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理解しました。

私は造影剤の血管内注射に同意します。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。

平成　　年　　月　　日

ご本人又は、代理の方のご署名　　（続柄：　　）

貴院名　　紹介医ご署名

―　貴院控え　および　FAX用　―

福岡青洲会病院　放射線課　（TEL）092―939―0070　（FAX番号）092―939―1791

造影ＣＴ検査の説明書・同意書

1.　造影ＣＴ検査の意義は？

造影ＣＴ検査では、各種X線検査において血管内に注射する非イオン性ヨード造影剤を使用します。造影剤を注射しながら検査することにより鮮明な画像が得られ、腫瘍性病変や血管性病変などの描出が向上しますので、精度の高い診断が出来ます。
主治医はあなたの病気を診断し治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えます。

2.　副作用について

造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に過敏症による副作用が出る場合があります。
①軽症：吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹など（100～200 人に１人）。多くは心配ありません。
②重症：血圧低下、息苦しさ、意識消失（1 万～2 万人に１人）。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。極めて稀ですが死亡に至った例もあります。（10 万～20 万人に１人）
③遅発性副作用：稀に検査後数時間以降に発疹などの症状が出ることがありますが、多くは軽度のものです。
残念ながら、こうした副作用がいつ発生するかを事前に知ることは出来ません。また、前回の検査に異常が無くても、今回副作用が出ることもあります。

3.　次の事項について該当する場合、副作用の発現率が増しますので慎重投与となります。該当することがあればチェックして下さい。　　**★何もない場合　→　□　該当なし**

□ヨード過敏症がある　□重篤な腎障害がある　□重篤な心障害がある　□気管支喘息治療中
□造影剤の使用歴がある　→　副作用は？　□無　　□有→（症状は？　　）
□甲状腺機能亢進症がある　　□薬や食べ物にアレルギーがある　　□鼻炎や蕁麻疹などを起こしやすい
□糖尿病がある　→　内服薬があればご記入下さい（　　）
□その他（　　）
（重要項目）★血清クレアチニン値を御記入下さい。　……mg/dl

4.　注射に同意されれば、下の同意書に署名してください。

患者さんが未成年や意識障害のある場合は家族や代理の方でも結構です。造影剤使用に気が進まなければ、得られる情報は減りますが使用せずに検査を行いますので、主治医と御相談下さい。
お手数ですが、毎回ご署名をお願いします。まとめて予約した検査は１枚で結構です。

造影ＣＴ検査の同意書

私は造影剤使用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理解しました。
私は造影剤の血管内注射に同意します。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。

平成　　年　　月　　日

ご本人又は、代理の方のご署名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）

貴院名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　紹介医ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

―　貴院控え　および　FAX 用　―

福岡青洲会病院　放射線課　（TEL）092―939―0070　（FAX 番号）092―939―1791