



依頼票 兼 診療情報提供書

<阪南市民病院 放射線室>

至急の場合、
シを入れて下さい。

医療機関名:

依頼医師:

先生

患者氏名(カタカナでご記入ください)		生年月日	
男	女	大正	昭和
才	様	平成	令和
		年	月 日

希望日をご記入下さい。

第1希望 : 年 月 日() 午前・午後

第2希望 : 年 月 日() 午前・午後

第3希望 : 年 月 日() 午前・午後

希望なし : (直近をご案内します)



別紙にてMRI問診票の依頼医師の署名と、問診結果の記載もお願いします

検査方法:いずれかに○をつけて下さい

単純	造影	おまかせ
	※当院で単純、造影検査の判断をいたします	
※造影・おまかせ検査は、事前に造影剤同意書・採血データ(腎機能)が必要です。 糖尿病薬の服薬 無・有()		

ご依頼理由(病歴・主な病状など)
(恐れ入りますが、できるだけ詳細にご記載ください)

頭部 : 脳・全脳ルーチン+MRA・全脳ルーチン+頭頸部MRA
 : 小脳・下垂体・内耳・その他()

頸部 : 頸部・頸部MRA・その他()

脊椎 : 頸椎・胸椎・腰椎

胸部 : 乳房・縦隔・その他()

上腹部 : 肝・胆・膵・腎・MRCP・その他()

下腹部 : 膀胱・子宮・卵巣・前立腺・その他()

関節 : ()

四肢 : ()

その他 : ()

＜ MRI検査 問診票・同意書 ＞

(院外予約用)

患者ID カナ	予約日時	
患者氏名	依頼医師名	

MRI検査を安全にお受けいただく為に、以下の質問に正確にお答えください。
すべての項目の「有」「無」に○を付けてください。

1. 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器(ICD)	有	無
2. 人工内耳	有	無
3. 脳室圧可変式バルブシャント	有	無
4. 妊婦、妊娠の可能性のある	有	無
5. 美容整形で埋めこまれた金糸	有	無
6. 埋込型心電図	有	無
7. 皮膚拡張器(ティッシュ・エクスパンダー)	有	無

※1.~7.が「有」の方は、
当院では検査を受けることが
出来ません。

8. 脳動脈瘤クリップ	有	無
9. 人工心臓弁	有	無
10. シャントチューブ	有	無
11. 心臓や血管内の金属物(ステント、コイル、人工血管、フィルターなど)	有	無
12. 胆管、食道、気管などの金属ステント	有	無
13. 人工関節・骨折治療用金属など	有	無
14. 内視鏡止血用クリップ	有	無
15. その他金属等を体内に挿入する手術を受けたことはありますか	有	無

※8.~15.が「有」の方は、
材質により検査を受けることが
出来ない場合があります。

体内に「医療器具」や「金属」が
ある場合は、担当医に必ず
お伝えください。

手術内容() 時期()
病院名 ()

体内金属のMRI対応可否

可・不可
(医師記入)

16. 刺青(アートメイク、タトゥーなど)	有	無
17. 閉所恐怖症	有	無
18. ケガなどによる金属片	有	無
19. 入れ歯(磁石式)	有	無

※16.~19.が「有」の方は、
検査を受けることが出来ない
場合があるため、担当医に
必ずお伝えください。

20. 入れ歯(部分入れ歯、総入れ歯)	有	無
21. 補聴器	有	無
22. 義眼、カラーコンタクトレンズ	有	無
23. 貼り薬(ニコチンパッチ、ニトロパッチ、エレキバンなど)	有	無
24. 増毛パウダー(ミリオンヘアー、アートミックなど)	有	無
25. グルコース測定器(リブレ)	有	無

※20.~25.が「有」の方は、
破損、やけどの恐れがあるため
検査時に取り外します。

MRI検査の目的・必要性・副作用について、担当医師より十分な説明を受け理解できましたので、
検査の実施に同意します。

記入日: 年 月 日 署名(本人または代理人): 続柄:

上記の事項を確認しました。

医師署名 _____

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。

社会医療法人 生長会 阪南市民病院 放射線室 電話 072-471-3321(代表)

2022.2 改訂
2022.2 承認

ガドリニウム系造影剤検査問診票及び同意書

患者ID		生年月日	年 月 日
カナ			
患者氏名		性別	男・女

0. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
はいの方は、受けた検査に○を付けて下さい
造影CT・造影MRI・血管造影・尿路造影・胆道検査・その他()
- はい いいえ わからない
1. その時、副作用はありましたか？
はいの方はどのような副作用でしたか？
発疹・かゆみ・吐き気・頭痛・気分不良・その他()
- はい いいえ わからない
2. 下に上げる病気がありますか？あれば○をつけて下さい。
気管支喘息・腎不全
- はい いいえ わからない
3. アレルギー性の病気がありますか？あれば○を付けてください
じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎
- はい いいえ わからない
4. 他に大きな病気はありますか？ (病名)
- はい いいえ わからない
- ≪ 女性の方へお尋ねします ≫
5. 現在、妊娠中、又は妊娠している可能性がありますか？
- はい いいえ わからない
6. 授乳中ですか？
- はい いいえ わからない
- 検査終了後、24時間は授乳をお避けください。

造影検査(ガドリニウム系造影剤)同意書

私は、造影検査の必要性・造影剤の危険性について説明を受け納得しました。
その結果、造影結果を受けることに(□に、チェックを入れてください)

- 同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)
- 同意しません。

承諾日: 年 月 日

患者または代理人 (署名) _____

医師確認欄

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、同意もしくは拒否されたことを確認しました。

- 造影検査可 造影検査不可

年 月 日

医師署名 _____

社会医療法人 生長会
 阪南市民病院
 〒599-0202 大阪府阪南市下出17
 電話 072-471-3321

医師記入欄

体重 _____ Kg eGFR値 _____ ml/分 (なければCr値 _____ mg/dl)

(採血日 年 月 日 造影検査日から概ね3ヵ月以内)

*年齢に関係なくeGFR値が30以下なら原則造影禁忌
 (原則造影禁忌でも緊急時など必要があれば造影検査を施行する場合があります)

MRI造影剤使用に関する説明書

氏名: _____ ID: _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分
検査部位 _____ 予約医師 _____

【MRI造影剤の副作用】

今回の検査ではガドリニウム造影剤という薬を注射して検査を行います。造影剤を用いたMRI検査では、病気の性質や範囲をより正確に評価することができます。造影剤は安全な薬ですが、まれに副作用が起こることがあります。

副作用としては下記のようなものが知られています

症状	頻度	重症度	治療
吐き気、動悸、頭痛 かゆみ、くしゃみ、 発疹	100人に1人以下	軽い	基本的に必要ありませんが、経過観察のためしばらく待って頂く場合があります。
呼吸困難、意識障害 血圧低下、腎不全など	2000人につき 1人程度	中程度～重い	原則として入院治療が必要です後遺症が残る場合もあります。
皮膚障害	腎機能の悪い方 100万人につき1人 程度(非常に稀)	様々	皮膚の変色、壊死などを生じます。造影後年単位の長い期間をおいて発症する場合があります
死亡	100万人につき 1人程度	重篤	重い副作用が強く出た場合命に関わる場合があります。

※アレルギー体質や喘息の既往のある方では副作用の発生率が高くなります。腎機能の悪い方はさらに腎機能が悪化や、皮膚障害が出現する可能性があり、場合によっては透析や入院治療が必要なこともあります。

当院では万一の副作用に対しても万全の体制を整えて、検査を行っています。検査中に異常が現れた場合は、ためらわずにすぐにおっしゃって下さい。その他わからないことや、気になることがあれば主治医あるいは検査担当者に申し出て下さい。

副作用は検査後数時間～数日経過してから出現する場合があります。帰宅後に上記のような症状が出現した場合は病院に御連絡下さい。

【授乳中の方へ】

造影剤は母乳中に移行しますので、造影剤注入後48時間は授乳しないでください。

注意事項 MRI検査を受けられる方へ (検査当日までにお読みください)

- ・健康保険証は必ずご持参の上、予定時間の10分前にご来院ください。
- ・検査時間は、約30分～60分程度かかります。検査前に排尿、排便をすませてください。
- ・化粧品(マスカラ・アイシャドウ・口紅等)は、金属を含むものがあり眼や皮膚に刺激を受けることがあります。検査当日は、なるべく化粧はしないでください。
- ・コンタクトレンズを使用している場合、ケースを持参し、検査前に外してください。
- ・刺青をされている方は、皮膚に刺激を受けることがあり、検査ができない場合があります。
- ・検査の際は、所定の検査衣に着替えていただきます。
- ・検査が始まると大きな音がしますが、ラジオ波を出す際の音ですのでご安心ください。

次に該当する方は、必ず主治医および検査担当者に 申し出てください。

- ・心臓ペースメーカーや刺激電極などを身につけている方
- ・体内に脳動脈クリップや人工関節などの金属が埋め込まれている方
- ・以前に外科手術を受けたことのある方
- ・義眼の方
- ・中国針をしている方
- ・閉所恐怖症など、狭いところが苦手な方
- ・妊娠、または妊娠されている可能性のある方



検査前に必ず取り外しておいてください。

- ・金属類(時計・眼鏡・ライター・ヘアピン・アクセサリ・鍵・かつら等)
- ・磁気カード(キャッシュカード・テレビカード・定期券等)
- ・その他(入れ歯・補聴器・カイロ・エレキバン・コルセット・携帯電話等)

※検査時間に遅れる・変更・中止の場合は必ずご連絡ください。

社会医療法人生員会 阪南市民病院
電話 072-471-3321