

# 高村病院 MRI検査予約要項

## 検査予約方法（検査予約～結果報告までの流れ）

### ① ファックス（MRI検査予約票）でのご予約をお願いします。

**FAX : 072 - 939 - 0599**

- \* ご予約のファックスは、月～土曜日（日祝日除く）9時～17時でお願いいたします。
- \* 『①診療情報提供書・検査依頼票』に記載後、ファックスにて送信してください。
- \* 送信後、高村病院までファックス送信完了のお電話をお願いいたします。

**TEL : 072 - 939 - 0099**

- \* 依頼ファックス受信後、当院にて検査日時決定後、検査依頼医へファックスさせていただきます。
- \* 検査依頼所定用紙は、高村病院ホームページよりダウンロードをお願いします。

**<https://www.shouenkai.or.jp>**

上記よりダウンロードが無理な場合は、当院までお電話ください。ファックスさせていただきます。

※ 急を要する際は、上記内容外でも、放射線科にご相談ください。

**TEL : 072-939-0099 内線（1131）**

- \* 人員の都合上、即座にお電話での対応ができない場合があります。ご了承ください。

### ② 患者さまに以下のご説明をお願いいたします。

- \* 検査の説明と必要性（インフォームドコンセント）、検査の注意事項（狭いところでの検査、騒音等）。
- \* 造影剤使用検査時の問診。（指定用紙あり。）
- \* 造影剤使用時（骨盤腔造影時も含む）の前処置について。  
（検査3時間前より絶食。水分摂取可。）
- \* 腹部、腹部造影検査時の前処置について。  
（検査6時間前より絶食。水分摂取可。脂肪分の摂取不可。）
- \* 骨盤部検査時の前処置について。（検査1時間前よりの畜尿。）
- \* 当日、お持ちいただくもの。  
保険証、『①診療情報提供書・検査依頼票』、『②MRI検査予約票』、  
『③MRI検査問診票・同意書』、『④MRI検査における造影剤投与に関する説明及び同意書』
- \* 検査当日は15分前までに、1階受付までお越しください。

### ③ お渡しください。

- \* 患者さまに『①診療情報提供書・検査依頼票』と『②MRI検査予約票』と  
『③MRI検査問診票・同意書』をお渡しください。  
（造影検査の際は『④MRI検査における造影剤投与に関する説明及び同意書』もお渡しください。

#### ④ 結果報告について

- \* 3日程度で結果を報告させていただきます。
  - \* 通常、検査画像はメディア（CD/DVD）にて患者さまにお渡しします。検査所見は、郵送となります。
  - \* 所見不要の場合  
検査終了後、メディア（CD/DVD）にて患者さまにお渡しいたします。
  - \* 所見要の場合  
検査終了後、メディア（CD/DVD）にて患者さまにお渡しいたします。  
所見がつき次第、結果は郵送させていただきます。また、ご希望によりFAXもさせていただきます。
- ※ 急を要する際は、上記内容外でも、放射線科にご相談ください。

### 検査・検査中の連絡対処について

- \* 撮影中に不測の事態や確認等の必要が生じた場合には、当院の方で対処させていただきます。  
対処後、検査依頼医への連絡および経緯報告をさせていただきます。

【問い合わせ】

#### 医療法人 昌円会 高村病院 放射線科

住 所 大阪府羽曳野市恵我之荘3-1-3  
電 話 072-939-0099（内線1131）

※ 人員の都合上、即座にお電話での対応ができない場合があります。ご了承ください。



# MRI 検査要項

## 1. 検査・撮像目的

体内には無数の水素原子核（プロトンproton）があり、個々のプロトンは小さな磁石と同じ強い静磁場の中にプロトンをおくと、一斉に縦方向に整列し、一定の周波数の電波を照射すると、プロトンが横方向に倒れます。（共鳴現象）

外部の電波を切ると、電波を出しながらプロトンが戻ってきます。（緩和現象）緩和の速度は、組織や病変により異なります。この電波を収集し、コンピューターで解析したものを利用して画像にし、診断を行います。

## 2. ご依頼前の注意事項

**\* 依頼前に必ず確認していただきたい項目は下記の通りです。**

- ① **ペースメーカー等の体内機器および妊娠初期は禁忌**ですので検査できません。
- ② 胎児または乳幼児に対する安全性は確立されていません。
- ③ 意識状態不良の場合、動き等により撮像できない場合があります。
- ④ 閉所恐怖症の方は、装置の構造上撮像できない場合があります。

上記4項目に該当した場合、検査依頼をお断りする場合があります。

（③、④の項目で検査が必要が場合、麻酔等の前処置が必要です。）

- \* 患者さまの脱衣、移動に介助が必要な場合、介助をお願いする場合があります。（看護師、看護助手、介助可能な家族の方）
- \* 患者さまの状態（**体動、閉所恐怖症**等）により検査ができない場合があります。（その場合は『検査中の連絡対処について』の事項に従って対処させていただきます。）

①

# 診療情報提供書

〒583-0886 大阪府羽曳野市恵我之荘3-1-3 TEL 072-939-0099  
 医療法人 昌円会 高村病院 担当医 侍史

紹介元	医療機関名	住所
	医師氏名	電話番号 - ( ) -

## 患者さま情報

患者氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	当院受診歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	年 月頃
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 ( ) 歳	患者様 (自宅) 連絡先 (携帯)	- - - -	
ADL	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり	身長	cm	体重 kg
家族付き添い	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 認知症 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他		

## MRI 検査依頼票

検査希望日時①	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分
検査希望日時②	年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	時 分

臨床診断 検査目的	
現病名・既往歴	
アレルギー・ 感染症	

### 検査目的 (1回の検査で1部位のご依頼とさせていただきます。)

☑ を 入 れ て く だ さ い	頭 部	<input type="checkbox"/> 全 脳	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 副鼻腔		
	脊 椎	<input type="checkbox"/> 頸 椎	<input type="checkbox"/> 胸 椎 ( Th ~ Th )	<input type="checkbox"/> 腰 椎	<input type="checkbox"/> 仙尾骨	
	頸 部	<input type="checkbox"/> 咽 頭	<input type="checkbox"/> 喉 頭	<input type="checkbox"/> 甲状腺		
	胸 部	<input type="checkbox"/> 縦 隔	<input type="checkbox"/> 肺 野			
	腹 部	<input type="checkbox"/> 肝臓~膵臓	<input type="checkbox"/> 肝 臓	<input type="checkbox"/> 膵 臓	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 胆 嚢 <input type="checkbox"/> 腎 臓
		<input type="checkbox"/> 骨盤腔	* 骨盤部検査の場合、患者さまは検査30分前より畜尿をお願いします。			
	四肢・関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	肩関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	肘関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 手関節
		<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	股関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	膝関節	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 足関節
	MRA	<input type="checkbox"/> 頭部MRA	<input type="checkbox"/> 頸部MRA	<input type="checkbox"/> 下肢動脈MRA	<input type="checkbox"/> 下肢静脈MRA	
	その他の部位	<input type="checkbox"/>				
造影剤	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	* 造影剤要の場合、患者さまは検査3時間前より絶食をお願いします。				
所見の有無	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要	受け渡しメディア	<input type="checkbox"/> CD/DVD <input type="checkbox"/> フィルム	<input type="checkbox"/> 不要		

保険者名	
保険者番号	
記号 / 番号	
被保険者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
負担割合	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 割

公費負担番号	
受給者番号	
一部負担割合	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 割
有効 開始	年 月 日
期限 終了	年 月 日

②

## MRI 検査予約票

患者氏名	様				生年月日	年	月	日
年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女				
検査日時	年	月	日	曜日	<input type="checkbox"/> 午前	時	分	
					<input type="checkbox"/> 午後	時	分	

①	検査当日は上記予約時間の <b>15分前</b> までにご来院ください。	<input type="checkbox"/>
②	検査当日は保険証、かかりつけ医よりお預かりした書類、予約票等を受付に提出してください。 (当院の診察券をお持ちの方はご一緒に提出してください。)	<input type="checkbox"/>
③	予約時間に遅れられますと、検査ができない場合がございますのでご注意ください。	<input type="checkbox"/>
④	<b>検査当日はお化粧はせずにご来院ください。</b> (化粧品には、金属粒子を含むものが多数あり、磁場の影響で皮膚刺激を受けたり、検査に影響を及ぼす可能性があります。)	<input type="checkbox"/>
⑤	検査時間は30分～60分程度です。(検査時間は検査内容により異なります。)	<input type="checkbox"/>
⑥	造影検査を受けられる方は、検査3時間前より絶食をお願いいたします。	<input type="checkbox"/>
⑦	腹部、腹部造影検査を受けられる方は、検査6時間前より絶食をお願いいたします。 (水分は口を潤す程度なら構いませんが牛乳・乳製品等の脂肪を含んだ飲み物はお止めください。)	<input type="checkbox"/>
⑧	骨盤部検査を受けられる方は、1時間前からの畜尿をお願いいたします。	<input type="checkbox"/>
⑨	検査中は大きな音が鳴りますが、検査に伴う音なので心配せず動かないください。 (検査中に体を動かさせますと、検査時間が長引いたり、継続できない場合があります。)	<input type="checkbox"/>
⑩	次に該当される方は、必ずかかりつけ医およびMRI担当者に申し出ください。 1 <b>ペースメーカー</b> を装着されている方。 2 <b>体内機器</b> および <b>体内に金属</b> が入っている方。 3 <b>妊娠中</b> 、 <b>妊娠の可能性</b> がある方。 4 <b>入れ墨(タトゥー)</b> を入られている方。	<input type="checkbox"/>
⑪	次に該当する物は、検査室内には持ち込むことができません。 1 磁気カード、キャッシュカード、定期券等 : 磁気データが消えて使用できなくなります。 2 時計、携帯電話、入れ歯、指輪などの金属類 : 磁石に吸い寄せられたり発熱したりします。 3 湿布薬・ニトロダーム、ニュープロパッチなど : 電流が流れて火傷を起こすことがあります。	<input type="checkbox"/>

その他のご質問等ございましたら下記時間内に放射線科にお問い合わせください。

## 【連絡先】

医療法人 昌円会 高村病院 放射線科

受付時間 月～土曜日 9時～17時  
(日祝日除く)

住所 大阪府羽曳野市恵我之荘3-1-3

電話 072-939-0099 (内線1131)

## 【駐車場のご案内】

※ 駐車券はお帰りの際  
受付にご提示ください。



③

## MRI検査問診票・同意書

- ❖ MRI検査は強力な磁石と電波を使って体の中を撮影します。  
安全に検査を受けていただくために以下の事項についてお尋ねします。  
該当するものに✓印を入れてください。

当院使用欄記入  
しないでください。

ID: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

心臓ペースメーカーを装着していますか？ <b>(絶対禁忌)</b>	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
手術や針治療、外傷などで体内に金属が入っていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
金属：手術クリップ、人工骨頭、人工関節、心臓人工弁、ステント、塞栓用 コイル、義眼、避妊用金属リング、おき針、その他（ ）				
入れ歯（義歯）、磁気インプラント等（はずせない入れ歯）をしていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
補聴器をしていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
入れ墨（アートメイクを含む）をしていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
コンタクトレンズ（カラーコンタクトを含む）をしていますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
金属を含む貼り薬を貼っていますか？ ・ニトログーム（心臓の貼り薬）・ニコチンパッチ（禁煙の貼り薬） ・ニュープロパッチ（パーキンソン病の貼り薬） ・ルルspanテープ（痛み止めの貼り薬）	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
妊娠（可能性を含む）していますか？ <b>(女性のみ)</b>	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
体重は何kgですか？（ ） kg	確認者氏名: _____			

体内の金属、異物についての説明（具体例）

<b>検査できません。</b>	<b>体内に装着されている電子機器部品：心臓ペースメーカー、 移植蝸牛刺激装置、除細動器、神経刺激装置、骨成長刺激装置など</b>
安全が確認された 製品については、 検査が可能です。	脳動脈クリップ、脳室シャントチューブ、心臓人工弁、ステント、 塞栓用コイル、注入ポンプ 体内異物：鉄片、弾丸（部位、材質により判断が必要）
通常安全とされています。	脳神経外科手術で使用する固定具、人工関節、プレート スクリュー、くぎ、棒など、義歯（入れ歯）、磁気インプラント 眼科、耳鼻科、歯科、口腔外科系の装着部品

問診日 年 月 日

説明者：医師氏名 \_\_\_\_\_

## 【 同 意 書 】

検査における危険性を含め医師から説明を受け、この検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

◇ 同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

# MRI検査における造影剤投与に関する説明および同意書

当院使用欄記入  
しないでください。

ID: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

- ◇ 造影MRI検査は、ガドリニウムを含んだ薬を血管内に注射して行う検査で、病変の存在や性状などが詳しく描出され、診断に大変役立ちます。  
検査を行うにあたり、この説明書をお読みになり、ご納得いただけましたら以下にご署名ください。  
なお、ご不明な点はお気軽にお尋ねください。

## 1 造影剤の副作用

現在の症状や既往歴などに注意しながら安全に検査をするように努めておりますが、ごくまれに下記のような副作用が起きることがあります。

軽い副作用（頻度1～2%以下）

嘔気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、発熱、せきなど。

重い副作用（極めてまれで1万人に1人以下）

呼吸困難や血圧低下などのショック反応

- 2 気管支喘息の既往のある方、過去に造影剤で副作用のあった方、その他アレルギー性疾患のある方は、造影剤の副作用が生じる危険性が高いため、必ず問診時にお伝えください。
- 3 使用した造影剤は尿と一緒に体外に排泄されますので十分に水分をお取りください。  
水分制限をされている方は、主治医にご相談ください。また、造影剤は母乳への移行がありますので、検査後24時間は授乳を避けてください。

問 診 以下の項目にお答えください。（該当するところに✓印を入れてください。）

過去に造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
その時に副作用はありましたか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
気管支喘息はありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
今までに薬や食物でアレルギーが出たことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
両親、兄弟にアレルギーの出やすい人はいますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
腎臓が悪いと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ

問 診 日 年 月 日

説明者： 医師氏名  
\_\_\_\_\_

## 同意書

この度私は、造影検査について、その必要性、方法、期待する成果ならびに起こりうる副作用についての説明を受け、十分に理解し納得したので、検査を受けることに同意いたします。

同意日 年 月 日 患者氏名 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_

◇ 同意された場合でも、いつでも撤回することができます。