

予約 TEL

092-691-6213

診療時間

月～金 9:00～17:00

依頼票 FAX

092-691-6834

土 9:00～12:00

※お手数ですが、別途【診療情報提供書】がある場合は、共にFAXしてください

紹介元

医療機関名

原土井病院過去受診歴（有・無）

(フリガナ)

氏名

生年月日

性別

年 月 日 才 男・女

連絡先（日中連絡がとれる番号）

TEL

(携帯・自宅・その他)

予約

日時

月

日 ( )

時

分

検査

MR

部位

CT

(造影または腹部検査時は3時間前より食事制限。水茶は可)

造影区分 ※eGFR<45 外来では造影剤使用できません

無

有

一任 (必要時使用してよい)

(有)(一任)の場合 Cr

mg/dl

eGFR

(3か月以内) 採血日

年

月

日

※腎機能データのレポートを添付してください。

※下記記入または別途診療情報提供書をお願いします

診療情報提供 (傷病名、目的、既往歴等)

年 月 日 医師名

印

●事前確認事項※以下の質問にて、【はい】が1つ以上ある場合は、ご来院いただいても検査ができないことがあります

※事前に電話にてご確認ください。(092-691-6213)

①MRI 検査を受けるすべての方

1.下記の体内金属がある方はMRIができません。該当するものはありますか？

(いいえ・はい)

心臓ペースメーカー、人工内耳・中耳、脳脊髄刺激電極、体内埋め込み式インスリンポンプ、磁石式の人工肛門、金属製義眼

2.上記以外の体内金属はありますか？ ( )

(いいえ・はい)

※MRI 対応でない体内金属は、検査ができない場合があります。事前に当院放射線科にお問い合わせください。

3.刺青、タトゥーをしていますか？ (変色および火傷の可能性あります)

(いいえ・はい)

4.閉所恐怖症ですか？

(いいえ・はい)

②造影剤区分が【有】【一任】の方 ※造影検査の目的および合併症についての説明を必ずお願い致します。

1.腎臓の病気や腎臓障害がありますか？

(いいえ・はい)

2.喘息と診断されたことがありますか？

(いいえ・はい)

3.過去に造影検査で副作用を起こしたことがありますか？

(いいえ・はい)

4.現在、妊娠中または授乳中ですか？

(いいえ・はい)

※造影剤とは静脈から注射する検査薬です。使用する事により病気の存在やその状態についてさらに詳しい情報を得ることができます。造影剤の使用により、時に吐き気やじんま疹などのアレルギー症状が見られることがあり、非常にまれ(CTは0.004%程度、MRは0.05%以下)には、ショックや呼吸困難といった重篤な副作用も起こることがあります。また、副作用は注射後30分程度以内に起こることがほとんどですが、まれには1時間から数日後までに遅れて出る場合もあります。

② CTで造影剤区分が【有】【一任】の方 ※【はい】の方でeGFR<60(腎機能の低い方)は前後2日服薬停止

1.糖尿病のお薬(ビグアイド系)を飲まれていますか？

(いいえ・はい)

主治医より検査の説明を受け、この検査に同意します。

年 月 日 ご本人または、代理の方のご署名 (続柄 )

# 検査当日について

検査予約日時

月 日 曜日 時 分

持参するもの

## 検査依頼票・同意書 + その他お手紙等※1（別途ある場合）+ 保険証

※1 別途診療情報提供書がある場合は、同封をお願いします。

“造影剤使用または必要時使用”の場合は腎機能データのコピーを同封して下さい。

（腎機能データない場合は、検査前に採血をする場合があります）

※2 造影剤使用時は、食事制限が必要となります。午前中の検査は朝食、午後からの検査は昼食をとらないようにしてください（最低でも検査前3時間以内は食事禁止）。水、お茶は飲んでも大丈夫です。

（造影剤副作用による嘔吐・窒息の可能性をなくすためです）

- 1.原土井病院 外来受付にて上記を提出し、受付を行います。（検査予約時間20分前にはお越しください）
- 2.当院医師による、検査前の診察があります。（検査の内容や当日の状況により時間がかかる場合があります）
- 3.検査室にて必要あれば検査着に着替えていただき、検査を行います。
- 4.検査終了後、画像を作成しますので、15分程度お待ちいただく場合があります。  
（造影剤を使用した場合は、検査終了後に再度診察があります）
- 5.外来受付にて会計を行います。

## 原土井病院案内図

