

# 放射線科用 診療情報提供書

(CT・MRI・PET-CT検査依頼書)

鹿児島市立病院 放射線科 電話受付 宛

令和 年 月 日

☎ ①080-2729-9848 ②080-8596-4391

Fax 099-230-7112(直通)

紹介元	医療機関名		診療科	
	住所	〒	電話番号	
	医師名		FAX番号	
依頼検査	検査名 (目的・部位 造影の有無等)	<input type="checkbox"/> CT ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 ) / <input type="checkbox"/> MRI ( <input type="checkbox"/> 単純・ <input type="checkbox"/> 造影 ) / <input type="checkbox"/> PET-CT (検査の主体となる部位を記入)		
	検査日	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
フリガナ		生年月日(和暦・西暦)	年齢	性別
患者氏名		年 月 日生	歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒	電話番号	本人・続柄( )	
			必ず連絡可能な番号の記入を!	
主訴又は病名				
紹介目的 ・ 経過				
留意事項	各医療機関の様式をご利用いただいても結構です。 情報提供書別紙(有・無)			
	体内金属 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 部位 ( <input type="checkbox"/> MRI対応 ) 薬剤アレルギー ( ) その他 ( )			
eGFR	造影の場合、3ヶ月以内のデータ mg/dl 令和 年 月 日			
心臓CT検査	・βブロッカの使用 ( <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 )			
チェック欄	・血管拡張剤(ニトログリセリン舌下)の使用( <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可 )			
紹介用画像	・CD-ROM ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )			

- 当日ご来院時に、1階総合受付まで来て頂きますようお願い致します。
- 造影検査に際し、eGFRの検査をご希望の場合、検査開始90分前にご来院いただけますようお願い申し上げます。
- 検査前確認事項

現在状況	外来 ・ 入院	糖尿病	無 ・ 有(空腹時血糖 mg/dl)
20分静止	可能 ・ 不可能(静止法 )	感染症	無 ・ 有( )
移動方法	歩行 ・ 杖 ・ 車イス・ ( )	妊娠可能性	無 ・ 有
移動	介助不要 ・ 要介助	病状告知	無 ・ 有( )
排尿	介助不要・要介助(オムツ・パルーン)	ペースメーカー	無 ・ 有
その他の留意点・ 必要な処置等			

[原則、当院より患者様への結果説明はいたしません。必要な場合は、その旨をご連絡ください。]

※お電話にて予定日の決定後、必要事項をご記入の上この用紙を

「放射線科 電話予約宛」へFAX送信してください。 FAX099-230-7112

ファックス後この用紙をお手元に保管してください。

※お手数 ですが、患者さんにコピーをしてお渡ください。  
検査をお受けになる患者さんへ

## MRI検査のご案内

MRI 検査とは、トンネル状の装置に入り、磁気を用いて身体の構造を調べる診断方法です。「ダダダ・・・」  
「ブーン・・・」という音が聞こえる時が検査をしている時です。そのまま動かないで休んでいて下さい。

### 検査にかかる時間

通常検査の場合は20～60分程度です。合図に合わせて10～20 秒前後の呼吸停止をして頂くことが  
あります。検査の内容によって検査時間が延びることがあります。

また、緊急患者対応のため検査開始時刻が遅れる場合がありますのでご了承ください。

### 次頁に該当する方はお申し出ください

●ペースメーカーや除細動器、人工内耳、リプレ(グルコースモニタリング)を装着している方は検査ができ  
ません (MRI 対応心臓ペースメーカーを使用している場合は、事前にご相談ください)

●体内に金属がある(MRI非対応) ●入れ墨 ●狭いところが苦手  
・20分程度仰向けでいることが困難

※この他にも制限のかかるものがあります。体内外異物などで不安がありましたら放射線科までお問い合わせください。

### 来 院 前

- ・お食車について：腹部以外の検査では、食車制限はありません  
胆のうや膵臓の検査 (MRCP) の方は、検査の 3時間前までに食事を済ませてくだ  
さい。お水、お茶もお控えください。
- ・来院時間について  
検査予約時間の単純は、60分前までに1階初診受付にお越しください。

### 検 査 前

- ・更衣について：検査着への更衣が必要です。担当職員がご案内します  
下着は金属ボタンやホックの無いものを着用するようお願いいたします。  
ヒートテックなどの下着類は着用できません。経皮吸収パッチ・湿布は外して  
ください。特に指示が無い限り検査前にトイレを済ましておいて下さい。
- ・検査室に持ち込めないもの  
下記のものをはずして検査室にお入り頂きます。不明な点は担当者にお聞きください。
  - ・金属類(アクセサリ類・入れ歯・メガネなど)
  - ・磁気カード・精密機械類(携帯電話・時計など)は使用不能となりますので持ち込まないでください
  - ・使い捨てカイロ・ピップエレキバン カラーコンタクトレンズ・ウイッグ・ヘアスプレー(白髪染め、増毛  
剤)・コルセット、金属粉を含んだ化粧(ラメ・アイシャドー等)など
- ・造影検査について※アレルギー・喘息・重篤な腎障害(透析など)のある方は検査を行うことができません。  
3 ヶ月以内のeGFR の値(腎機能の結果)が必要です。不明な場合は、当院で迅速適性検査を  
実施し検査を行います。eGFRの値が 30 未満の方は、造影検査が行えません。

### 検 査 後

- ・飲食の制限はありません
  - ・検査結果をお届けするのに2～3日程度かかります。
- 〈造影剤を使用した方〉  
造影剤は尿と一緒に排泄されます。水分補給を行い、速やかな排泄を促して下さい。

### 持参していただく書類

・診療情報提供書・マイナ保険証・各種医療証・診察券・同意書/問診票(造影検査の場合)

問い合わせ先 鹿児島市立病院 放射線科 電話受付  
〒890-8760 鹿児島市上荒田町37-1  
(直通) TEL ①080-2729-9848 ②080-8596-4391

# 1.5テスラ、3テスラMRI安全基準

	1. 種類、内容	検査の可否	
体内金属や体内に埋め込んだ装置など	心臓ペースメーカー/リード	条件付きMRI対応機器でも検査不可	
	人工内耳・中耳	条件付きMRI対応機器でも検査不可	
	脳脊髄刺激電極	検査不可	
	磁石式人工肛門	検査不可	
	目などの決定臓器に金属が位置する強磁性体の破片	検査不可	
	皮膚拡張器(ティッシュ・エキスパンダーなど)	検査不可	
	金の糸など美容整形にて金属を挿入	検査不可	
	脳動脈瘤クリップ	MRI対応金属(チタン)であれば検査可	
	義眼	取り外す事で検査可	
	補聴器	取り外す事で検査可	
	心臓ステント	留置後2週間以上経過していれば検査可	
	大動脈ステント	一部のステントは検査可	
	尿管ステント	一部のステントは検査可	
	体内埋込式インスリンポンプ	本体を取り外せれば検査可	
	人工弁	検査可	
	血管や管腔臓器内の金属	ステント:留置後2週間以上経過していれば検査可(ただし検査部位に近い場合は画像に影響あり) フィルター:留置後1ヶ月以上経過していれば検査可(ただし検査部位に近い場合は画像に影響あり) コイル:留置後1ヶ月以上経過していれば検査可(ただし検査部位に近い場合は画像に影響あり)	
	人工関節	MRI対応の材質なら検査可(ただし検査部位に近い場合は画像に影響あり)	
	骨固定金属	MRI対応の材質なら検査可(ただし検査部位に近い場合は画像に影響あり)	
	置き針	針を取り外せれば検査可(体内置き針はMRI対応材質の場合に検査可)	
	避妊リング	マルチロード、ミレーナは検査可	
	胸骨ワイヤー	検査可(画像に影響がでることがありますので、ご相談ください)	
	消化器	脱落・排出を確認出来ていれば検査可	
	(上腹部と大腸)の手術によるクリップ	不明な場合は10日以降とする。画像に影響がでることがありますので、ご相談ください	
	マンモトーム(マイクロマーク)	小さいステンレスなので検査可(画像に影響がでることがありますので、ご相談ください)	
	胃・十二指腸手術ベツツ、 ホチキス	MRI対応の材質、または4週間経過していれば検査可 画像に影響がでることがありますので、ご相談ください	
	外傷の術後で金属ありの方	MRI対応の材質なら検査可(画像に影響がでることがありますので、ご相談ください)	
	歯科人工物	口腔インプラント・歯科矯正ブリッジ・歯科矯正ワイヤー	検査可 検査部位に近い場合は、画像に影響がでることがありますので、ご相談ください
		磁石埋込式差し歯	取り外して検査可 検査部位に近い場合は、画像に影響がでることがありますので、ご相談ください
		金歯・銀歯	検査可
			検査可
その他の	入れ墨・タトゥー	火傷、色落ちの可能性があります。撮影範囲に広くある場合などは検査不可。画像に影響がでることがありますので、ご相談ください	
	アートメイク(アイライン・眉毛)	検査可(火傷、色落ちの可能性があります。画像に影響がでることがありますので、ご相談ください)	
	ネイルアート (ジェルネイル・マグネットネイル・ミラーネイル)	マグネットネイル・ミラーネイル MRI検査ができません。予め外した状態で検査にお越しください。 ジェルネイル 材質によって火傷・変色する可能性を否定できません。来院される前に当院までご連絡ください。	
	白髪染めスプレー・ 増毛パウダー	頭部は検査不可・頭部以外はキャップ使用で検査可 金属成分を含んでいる可能性がありますので、検査当日のご使用はお控えください	
	カラーコンタクト	取りはずすことで検査可	
	持続血糖測定器	検査室内に持ち込まなければ検査可	
	水頭症用シャントバルブ	検査可	
	埋め込み型心電図 (ループ心電図)	検査可 (正し条件等は添付文書を参照の事)	
	老眼 レーシック手術	検査可(内容物はフィルム)	
	薬物注入ポート・CVポート	検査可	
	未就学児	検査不可	
	閉所恐怖症の方	実際に検査に来ていただいて判断します	
	冬暖かい下着	脱衣いただくことで検査可	
	皮膚に塗ると暖くなるクリーム	拭き取る事で検査可	
	シップ	取りはずすことで検査可	
	経皮型吸収貼付薬 例:エストラーナテープ	取りはずすことで検査可	
	花粉症資料シール(耳に貼っている)	金属が含まれており はがして検査	
	バリウム	排出を待って検査可' 検査部位範囲内に存在しない場合は検査可)	
	電磁場に対して過敏な方	検査中止となる可能性があります ※検査中に異常を感じたら、連絡ブザーを押してスタッフにお知らせ下さい	

MRI 検査前にもう一度確認をお願いします！

病院着への更衣にご協力をお願いします。

**補聴器** **入れ歯**

**カラーコンタクトレンズ** **ヘアピン**

**エレキバン** **HEATTECH JAPAN TECHNOLOGY (保温肌着) ヒートテック**

**下着** **コルセット**

**硝子薬** **アクセサリー** **鍵**

**手足のジェルネイル**

**電極シール** **湿布**

**携帯電話** **時計**

不明な点は MRI 室までお問い合わせください。

鹿児島市立病院 MRI 室 099-230-7000 内線 2149

# MRI 検査予約票

患者ID: \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_ M/F \_\_\_\_\_ 歳 \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

検査日 年 月 日 ( ) 時 分

検査当日は総合受付で手続きを行い 時 分までに1階外来 B ブロック受付(放射線科外来)へお越しください。

\*総合受付での手続きに時間を要する場合がありますので、時間に余裕をもってお越し下さい。

- ・ご都合により来院できない場合は、早めにご連絡ください。
- ・検査の都合などで、検査の開始及び終了時間が多少前後する場合がありますのでご了承下さい。

## ★MRI 検査の注意事項<気を付けて頂きたいこと>

- ・MRI 室内は常に強い磁場が発生しているため、金属類が急激に引き込まれ、飛んで行く可能性があり大変危険です。患者様本人に当たって怪我をしたり、火傷を負ったり、機械を破損する恐れがあります。
- ・検査によっては、一時的に腸の動きを抑える注射をさせていただきます。
- ・できるだけ金属の付いていない衣類を着用して来院して下さい。
- ・マスカラ、アイシャドー等は火傷の原因になる可能性がある為、つけないようにお願いします。
- ・刺青は火傷・変色の可能性があります。必ず担当技師にお知らせ下さい。

## ★お食事の制限

- 腹部検査の方は、検査前の食事、MRCP 検査の方は、検査時間の3時間前から飲食をお控えてください。
- その他の方は、特に食事制限はございません。

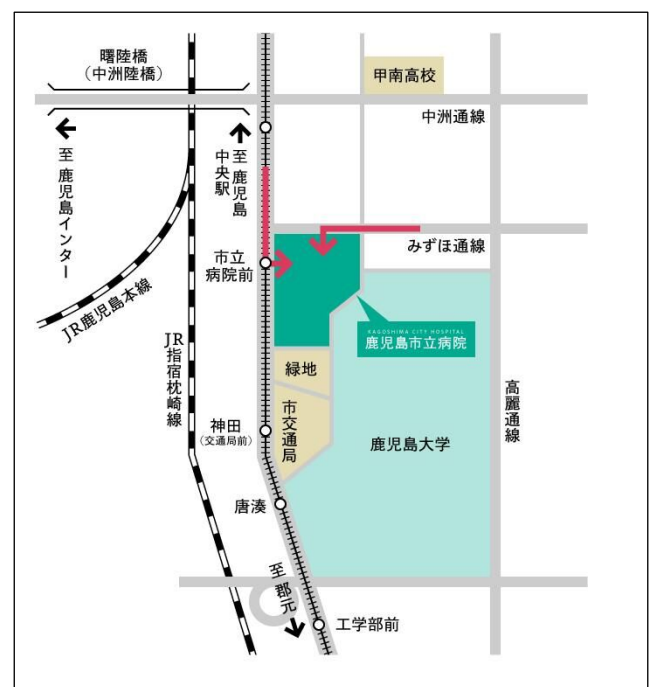
## 検査室入室前に

1. 身につけている金属類は全て外して頂きます。
2. カイロ・湿布薬など張り薬も剥してください。
3. 化粧品に磁性体が含まれ画像に影響を及ぼしたり、やけどなどの原因になりますので、落としていただくことがあります。
4. カラーコンタクトも外して頂きます。

## 問い合わせ先

鹿児島市立病院 放射線科 電話予約

TEL ①080-2729-9848 ②080-8596-4391



# MRI 検査における造影剤使用に関する説明書

造影剤を使った検査を受けられる方に、造影剤検査のご説明いたします。  
全身状態や検査の内容により、検査担当医の判断で造影剤を使用しない場合もあります。

## 《MRI 用造影剤について》

1. 造影剤は、診断しやすくするために血流の豊富な部分を白く表現して情報量を増やす目的で使用します。さらに、血管や臓器およびその周辺の構造をわかりやすくなり、血管や臓器の血流状態、病気の有無や性質・範囲など、診断を行う上で非常に重要な情報が得られます。
2. 造影剤には、ガドリニウム製剤と肝臓用鉄製剤の2種類があります。通常使用する製剤は、「ガドリニウム製剤」です。肝臓の検査では病気の種類に応じて「肝臓用ガドリニウム製剤」や「肝臓用鉄製剤」を使用します。腎機能が正常であれば、通常2時間以内に約60%が、24時間後にはほぼ全量が、尿中に排泄されます。
3. 喘息で治療中、妊娠中、以前にMRI用造影剤で重篤な副作用があった方には原則として造影剤は使用しません。「ガドリニウム製剤」では重い腎臓の病気がある場合、腎性全身性線維症（NSF）と呼ばれる病変が生じることがあります（腎不全症例の3-5%）。原則として腎不全の方には造影剤は使用しません。
4. 造影剤は、基本的には安全な薬剤ですが、下記のような副作用が生じることもあります。副作用は予測が困難で、以前に造影剤で副作用の無かった方でも生じることがあります。しかし、副作用が生じる可能性が高い病気や体質がないか、前もって確認することで安全性を高めることができますので、問診の質問にお答え下さい。

## 《副作用について》

**1.軽い副作用**：「ガドリニウム製剤（肝臓用も含む）」では、じんましん、発赤、下痢、はきけ、頭痛、気分不快感など。「肝臓用鉄製剤」では背部痛、腰痛、熱感、発疹、悪感、頭痛、鼻出血など。これらの副作用は0.5~1%未満の頻度で起こりますが、通常は特に治療を必要とせずに関もなく治まります。

**2.重篤な副作用**：「ガドリニウム製剤（肝臓用も含む）」および「肝臓用鉄製剤」で、約0.01%以下の低い頻度ですが、血圧低下、呼吸困難、痙攣発作などの重篤な副作用も起こり得ることが報告されています。こうした副作用は通常、治療が必要で入院を要することもあります。当院では速やかに対応できるように万全の体制を整えて検査を行っています。

**3.その他**：造影剤を血管内に注入する時に、血管外に漏れることがあります。針の刺さっている部位の腫れや痛みを伴うことがあります。通常は時間がたてば吸収されるので心配ありません。また、検査終了後は、造影剤の排泄のため、水分を十分お取り下さい。

## 《食事制限について》

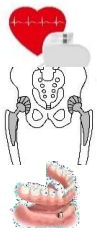







造影剤使用に際して**食事制限**などが必要な場合があります。検査案内票の指示に従って下さい。

## 【 MRI検査の問診票・同意書 】

記載日 令和 年 月 日

主治医監修のもとに、下記の該当するほうに☑をつけて下さい。空欄があると検査できないことがあります。

### MRI 検査 問 診 票

1	MR検査を以前に受けたことがある。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ			
2	体内に何らかの金属が存在する。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ			
3 4		MRI 対 応	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー除細動器	<input type="checkbox"/> 人工内耳、中耳	<input type="checkbox"/> 埋込電極	事前に埋込部位、金属材質をおたしかめください。 MRI対応で無い場合、検査できないこともあります。		
		<input type="checkbox"/> 動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> 動脈瘤コイルなど	<input type="checkbox"/> 金属製人工弁				
		<input type="checkbox"/> 人工関節	<input type="checkbox"/> 腹部クリップなど	<input type="checkbox"/> スtent				
		<input type="checkbox"/> リードレスペースメーカー	<input type="checkbox"/> 圧調整バルブ付シャント	<input type="checkbox"/> 整形外科用固定具				
		非 対 応	<input type="checkbox"/> 取り外し可能な義歯	<input type="checkbox"/> 磁石使用歯科インプラント	<input type="checkbox"/> 歯列矯正具			
	<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 金属の破片・可動型義眼	<input type="checkbox"/> 補聴器					
5	必須	MR検査対応の金属である。(主治医記入) 上記項目にチェックがある場合のみ			<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
6		刺青・アートメイク・ネイルアート・ジェルネイルをしている (種類・部位；  )			<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
7		経皮吸収貼付剤(皮膚に貼り付ける薬)を使用している。 			<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
8		妊娠の可能性がある。			<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
9		閉所恐怖症がある。			<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
10		検査をすることが可能である。(主治医記入)			<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	否

造影検査を希望の場合は、造影剤問診票をご記入ください。

### 造影剤問診票

1	これまで造影剤を使用した検査をうけたことがありますか	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
2	造影剤で副作用が出たことがありますか。(副作用の内容： )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
3	気管支喘息がある。( 現在治療中・ 年前治療・ )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
4	アレルギー体質である。(アレルギーの内容： )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
5	透析を受けている。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
6	重篤な肝障害がある。	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
7	妊娠または授乳中である。( 妊娠 ヶ月 )	<input type="checkbox"/>	はい	<input type="checkbox"/>	いいえ
8	造影可能である。(主治医記入)	<input type="checkbox"/>	可	<input type="checkbox"/>	否

※eGFR<30の場合や、eGFR値(またはクレアチニン値)が不明の場合は、造影できません。

6ヶ月以内のeGFR値

#### 同意書

eGFR\*: <https://www.jsnp.org/egfr/>

(またはクレアチニン値)

上記の内容を確認したためMRI検査の実施を許可する(医師署名： )

検査の目的や必要性、合併症の説明を受け、理解した上でMRI検査に同意する

令和 年 月 日

◎検査当日に問診票がないと検査できません。

患者署名欄

お手数ですがご記載後FAX送信をお願いします。

## 造影検査を受けられた方へ

本日、あなたが受けられた造影検査では、下記の造影剤を使用いたしました。

使用日時                    年        月        日        午前・午後        時        分

薬品名    (    ) ガドピスト        (    ) プロハンス        (    ) プリモピスト  
          (    ) マグネスコープ    その他 (                    )

このお薬は、尿と一緒に排出されます（腎臓の機能が正常な方では、約2時間で注射されたお薬の半分が排出されます）。本来体に対する影響の少ないお薬ではありますが、なるべく早く体の外へ出すことが理想的で望ましいと言われております。本日は水分（お水、お茶など）を多めに摂るようにして下さい。食事は普段どおりで結構です。ただし、糖尿病、腎臓病、肝臓病、高血圧症などで水分制限を指導されている方や、食事療法を行っていらっしゃる方は主治医にご相談下さい。

MR I 検査用のガドリニウム造影剤では遅発性副作用(時間が経過して出現する副作用)の報告はありませんが、下記のような症状が出る可能性があります。

じん麻疹、手足のむくみ、かゆみ、吐き気、咳、のどのイガイガ感、  
声がかれる、頭痛、めまい、息苦しい、胸が苦しい など

これらの症状やその他何か異常が現れた場合は、ただちに診察を受けられた診療科にご連絡下さい。その際には、この用紙を必ずご準備下さい。  
また、その他今回の検査で何か変わった症状が現れた方は、後日でも結構ですので必ず主治医にその旨をお伝え下さい。さらに、次に造影検査を受けられる際にも検査担当医師にお伝え下さい。

### 【連絡先】

鹿児島市立病院

〒890-8760    鹿児島市上荒田町 37-1

電話代表    099-230-7000

FAX 代表    099-230-7070

**※業務時間外(17時15分以降) 救急センターの方へお問い合わせ下さい。**