FAX送信先：082-282-0030

問い合わせ等TEL： 082－282－0033

診療情報提供書（ＭＲＩ検査依頼書）

霞クリニック 担当者 宛

紹介元医療機関名
診療科・医師名 ㊞
住 所

連絡が取れる電話番号（内線番号・PHSなど）
（ ） －

年 月 日（ 曜日） 時 分 にご来院下さい。

患者さま情報	**貴院ＩＤ：**
ふりがな 氏名 様	性別 男 ・ 女 生年月日 年 月 日（ 歳）
住所（〒 － ）	電話番号： － － すぐに連絡の取れる電話番号・携帯電話： － －

検 査 部 位

□頭部（脳 ・下垂体 ・内耳 ・眼窩 ・頭部MRA ・頸部MRA ・VSRAD ・他 ）
□頚部（部位 ： ）
□胸部（乳房 ・他
□腹部（肝[肝造影指定: Gd・EOB・SPIO・一任] ・胆 ・膵 ・腎 ・MRCP ・他 ）
□骨盤部（前立腺・膀胱・子宮・卵巣 ・他 ）
□脊椎（頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙尾骨 ）
□関節（肩 ・肘 ・手 ・股 ・膝 ・足 ・他 ）（ 右 ・ 左 ）
□四肢（上腕・前腕・手指・大腿・下腿・足趾 ）（ 右 ・ 左 ）
□MRA（部位 ： ）
□その他の場合は具体的に
（ ）

造影（必ずチェック） □ 不要 □ 一任 □ 要 （造影要/一任時は下記⑦に腎機能記入をお願いします）

臨床診断・経過・依頼情報 | 次回診察日時： | 感染症：

チェック項目（必ずチェック）

① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、神経刺激電極、人工内耳、MRI非対応の人工弁や動脈瘤クリップ
□あり → 検査できません。 □なし

② ステント挿入後、2カ月以内である。
□はい → 検査できません。 □いいえ

③ 現在、妊娠中である。
□はい □いいえ
↳ 電話でご相談下さい。基本的には14週までは避けて下さい。

④ その他、体内金属（歯科矯正や人工関節など）を装着している。
□はい □いいえ
↳ （詳細記入： ）

⑤ MRI造影剤に対してアレルギー歴がある。
□はい → 造影はできません。 □いいえ

⑥ ぜんそくの治療中あるいは過去5年間に治療を受けたことがある。
□はい → 造影はできません。 □いいえ

⑦ 腎機能障害がある。（eGFR 30未満はガドリニウム造影剤の使用はできません。）
□はい → （測定日 年 月 日：Cre= または eGFR= ） □いいえ

ご希望の画像返送媒体	□フィルム	□CD-R	□両方	□不要（LOOKREC使用）
画像データ返送方法	□患者さま持ち帰り	□次回受診日までにレポートと共に郵送		□不要（LOOKREC使用）
診断レポート返送方法	□患者さま持ち帰り	□郵送		□不要（LOOKREC使用）

※患者さま持ち帰りの場合、検査後30分から1時間程度のお時間がかかります。

1枚目：患者さま持参用

FAX送信先：082-282-0030

問い合わせ等TEL： 082－282－0033

診療情報提供書（ＭＲＩ検査依頼書）

霞クリニック　担当者　宛

紹介元医療機関名
診療科・医師名　　㊞　　連絡が取れる電話番号（内線番号・PHSなど）
住　所　　（　　）　　－

年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分 にご来院下さい。

患者さま情報		**貴院ＩＤ：**
ふりがな 氏名　　様	性別　男　・　女 生年月日　年　月　日（　歳）	
住所（〒　－　）	電話番号：　－　－ すぐに連絡の取れる電話番号・携帯電話：　－　－	

検 査 部 位

□頭部（脳 ・下垂体 ・内耳 ・眼窩 ・頭部MRA ・頸部MRA ・VSRAD ・他　）
□頚部（部位 ：　）
□胸部（乳房 ・他
□腹部（肝[肝造影指定: Gd・EOB・SPIO・一任] ・胆 ・膵 ・腎 ・MRCP ・他　）
□骨盤部（前立腺・膀胱・子宮・卵巣 ・他　）
□脊椎（頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 仙尾骨　）
□関節（肩 ・肘 ・手 ・股 ・膝 ・足 ・他　）（ 右 ・ 左 ）
□四肢（上腕・前腕・手指・大腿・下腿・足趾　）（ 右 ・ 左 ）
□MRA（部位 ：　）
□その他の場合は具体的に
（　　）

造影（必ずチェック）　□ 不要　□ 一任　□ 要　（造影要/一任時は下記⑦に腎機能記入をお願いします）

臨床診断・経過・依頼情報	次回診察日時：	感染症：

チェック項目（必ずチェック）

① 心臓ペースメーカー、埋込型除細動器、神経刺激電極、人工内耳、MRI非対応の人工弁や動脈瘤クリップ
　□あり → 検査できません。　□なし
② ステント挿入後、2カ月以内である。　□はい → 検査できません。　□いいえ
③ 現在、妊娠中である。　□はい　□いいえ
　↳ 電話でご相談下さい。基本的には14週までは避けて下さい。
④ その他、体内金属（歯科矯正や人工関節など）を装着している。　□はい　□いいえ
　↳（詳細記入：　）
⑤ MRI造影剤に対してアレルギー歴がある。　□はい → 造影はできません。　□いいえ
⑥ ぜんそくの治療中あるいは過去5年間に治療を受けたことがある。
　□はい → 造影はできません。　□いいえ
⑦ 腎機能障害がある。（eGFR 30未満はガドリニウム造影剤の使用はできません。）
　□はい → （測定日　年　月　日：Cre=　または eGFR=　）　□いいえ

ご希望の画像返送媒体	□フィルム	□CD-R	□両方	□不要（LOOKREC使用）
画像データ返送方法	□患者さま持ち帰り	□次回受診日までにレポートと共に郵送		□不要（LOOKREC使用）
診断レポート返送方法	□患者さま持ち帰り	□郵送		□不要（LOOKREC使用）

※患者さま持ち帰りの場合、検査後30分から1時間程度のお時間がかかります。

2枚目：紹介元医療機関控え

MRI検査予約表

検査当日は、必ず**下記の時間までに霞クリニック 受付**までお越し下さい。

ご来院時間に遅れて来られた場合、検査時間を短縮する必要が生じたり、場合によっては検査時間や検査日を変更していただく場合がございます。よりよい検査のためにご協力をお願いします。

年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分 にご来院下さい。

患者さま情報		**貴院ＩＤ：**
ふりがな 氏名　　様	性別　男　・　女 生年月日　年　月　日（　歳）	
住所（〒　－　）	電話番号：　－　－	
	すぐに連絡の取れる電話番号・携帯電話：　－　－	

当日ご持参いただくもの

○ 診療情報提供書（1枚目：患者さま持参用）、MRI検査予約表（本紙）

○ 主治医から預かった書類、フィルム・CD等一式

○ マイナンバーカード・健康保険証・各種受給証（※他施設で提出済みでも、必ずご持参下さい。）

検査の注意事項

※よりよい検査のために、下記の注意事項にご協力下さい。

◎ご来院について

- 診療情報提供書（紹介状）をお持ちの場合は、ご来院時に受付へお渡し下さい。
- 万が一、上記予定時間に来院できない場合は、なるべく早く **082-282-0033** までご連絡下さい。
- 当日のキャンセルは極力ご遠慮下さい。

◎当日の諸注意

- ヘアピンやイヤリング等の金属類はすべて検査前に外していただきます。
- 検査着に着替えていただきますので、着替えやすい服装で来院して下さい。また、金属の付いた下着、保温下着（ヒートテックなど）は検査前に脱いでいただく場合があります。
- マニキュア・ネイルアートなどは、染色剤に金属を含む場合に発熱の原因となりますので、来院前にお取り下さい。
- 腹部、骨盤の検査、造影剤使用の可能性のある方は、検査前4時間は絶食して下さい。
  - 薬を飲む程度の少量の水は飲んでいただいても結構です。
  - 脊椎の検査は絶食の必要はございません。（造影剤使用の場合を除く）
- 膀胱（ぼうこう）の検査の方は、なるべく検査1時間前から排尿をお控え下さい。
- カラーコンタクトをつけたままでの検査はできませんので、ケースをご持参下さい。
- マスカラやアイラインは画質に影響を及ぼす可能性がありますので、使用をお控え下さい。
- 検査の都合により検査開始時間が若干遅れる場合がありますのでご了承下さい。

（裏面もご覧ください）

3枚目：患者さま控え

検査の注意事項

◎造影剤の使用について

造影剤は血管（静脈）内に注射します。造影剤を使用することで病気の性質や血管、臓器の様子が鮮明に抽出されるようになり、より精度の高い画像診断につながります。 安全な薬ですが、まれに副作用を生じることがあります。その際には、副作用の程度に応じて必要と判断した処置を実施いたします。

造影剤の副作用

軽い副作用：吐き気、嘔吐、熱感、動悸などで、基本的には治療は不必要です。
頻度は1％以下 （100人につき1人程度）

重い副作用：呼吸障害、血圧低下、意識障害などで、原則的には治療が必要です。
頻度は約0.01％以下 （1万人につき1人程度）

極めて重い副作用：病状、体質によっては0.0001％（100万人に1人）死亡する場合があります。

◎鎮痙剤（ブスコパン・グルカゴン）について

腹部検査を受けられる場合、消化管の動きを抑える目的で筋肉注射（ブスコパン）をすることがあります。
緑内障、心臓病、前立腺肥大のある方は使用できませんので、事前にお知らせください。
目がちらついたりすることがありますので、ご自身で車を運転して帰られることは危険です。
ブスコパンを使用できない時はグルカゴンを筋肉注射する場合があります。グルカゴンでは注射後 90分位して低血糖症状を生じることがあります。検査終了後に糖分の摂取をお勧めします。

◎閉所恐怖症について

MRI撮像時は、狭い筒状の機械の中に入りますので、不安のある方は主治医にご相談下さい。

霞クリニック
KASUMI CLINIC
〒734-0023
広島市南区東雲本町1丁目2-27
TEL：082-282-0033 FAX：082-282-0030