

# 患者紹介用紙

送付先：地域医療連携室

専用FAX 019-647-9339

TEL 019-908-7001 (直通)

## □入院(転院)希望

\_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_医師連絡済 ・ 未

## □外来受診希望

\_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_医師希望 (□担当医は貴院の診療体制にゆだねる)

第1希望日 平成 年 月 日 ( ) 時

第2希望日 平成 年 月 日 ( ) 時

【当日受診：担当医師への電話連絡 済 ( \_\_\_\_\_科 \_\_\_\_\_医師) ・ 未】

## □放射線科検査依頼

- 骨密度測定検査依頼
- MRI検査依頼
- CT検査依頼

※MRI検査希望の場合は、様式2、3を記載し添付をお願いします  
 ※CT検査希望の場合は、様式4を患者様へご説明のうえお渡し願います  
 様式5、6を記載し添付をお願いします

・検査部位  ・MRI・CT (CD-R・フィルム) ・レポート作成 有・無  
 ・造影 有・無 ※造影検査予定の場合は下記の記載をお願いします  
 ・腎臓機能障害 (有・無) ・喘息 (有・無) ・ヨード造影剤の副作用の既往 (有・無)

(ふりがな)											性別	
患者氏名											男・女	
生年月日	明・大・昭・平				年			月			日	才
国立病院機構盛岡病院受診歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(最近5年以内)									

※下記の欄は保健証のコピーまたは貴院のカルテ表紙のコピーをFAXしていただいてもかまいません。

住所	〒 _____														
電話番号	自宅						勤務先								
保険者番号							<input type="checkbox"/> 本人	公費負担者番号							
記号・番号						負担割合	<input type="checkbox"/> 家族	公費受給者番号							

※紹介確認書を FAX 送信しますので、以下は必ずご記入下さい。

紹介元医療機関の所在地	〒 _____											
名称	_____											
医師氏名	_____											
電話番号	( )					FAX	( )					
貴院受診日	_____											

1. 太線の枠内をご記入ください。
2. この診療申込書は、当院ホームページ (<http://www.moriokahosp.jp/>) からダウンロードできます。

## MRI 検査（造影なし・あり）説明書及び同意書

MRI 検査は強力な磁石と電磁波を使用して身体の断層像を撮影する検査で病気の診断に非常に有効な検査です。しかし、強力な磁石でできたトンネルの中に入るため金属製の物や電子機器が体についていると危険な場合があります。以下については特に注意が必要です。

1. 心臓ペースメーカーや人工内耳等が装着されている場合は、誤作動や破損の恐れがあり検査はできません。
2. 脳動脈瘤クリップ、人工心臓弁、ステント等は、留置の時期や材質により検査ができない場合があります。
3. 心臓の貼り薬や刺青があるとやけどを起こすことがあります。

また、今回の検査は、ガドリニウム造影剤（以下造影剤）を静脈から注射し検査を行います。造影剤は、病気の有無や性質・範囲及び治療の効果を正確に評価するために用いられる大変有効な薬剤です。ただし、造影剤によるアレルギーや腎臓機能障害等がある方は検査ができない場合があります。

### 【ガドリニウム造影剤の副作用について】

基本的に安全な薬剤とされていますが、以下の副作用が生じることが知られています。

- 1) 軽い副作用：吐き気・動悸・かゆみ・くしゃみ・発疹など  
基本的に治療を必要としません。
- 2) 重篤な副作用：血圧低下・呼吸困難・意識消失・腎機能低下・アナフィラキシー様など  
発生する頻度は、1.9 万人に 1 人（0.005%）とわずかですが、入院治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。
- 3) 副作用に起因する死亡例  
極めて稀ですが、病状・体質によって死に至る場合があります、発生する頻度は、83 万人に 1 人（0.00012%）です。
- 4) 遅発性副作用について  
ごく稀に注入から数時間～数日以内に発生する遅発型副作用として、発疹・かゆみなどが出現する可能性があります。その際には、外来もしくは病棟担当医までご連絡下さい。

### 【副作用発生時の対応について】

造影検査中は、医師・看護師・診療放射線技師が常に観察しており、何か異常が現れた場合にはすぐに造影を中止し、医師が適切な対処を致します。

\*安全に検査を受けていただくために、問診票に正確にお答えいただき、検査についてご理解の上、下記の同意書にご記入ください。

## 同意書

医療機関名

説明日 平成 年 月 日

説明医師名

私はMRI検査（造影剤）に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。MRI検査を受けることに同意します。

\*同意された後でも撤回できます。いつでもお申し出ください。

平成 年 月 日

患者様署名

代理人署名 続柄

# MRI検査（造影なし・あり）問診票

\* 造影なしの場合は太枠部分のみで結構です

該当するものを○で囲み、（ ）の中へ具体的な言葉をお書きください。

次の金属の植込みがありますか。 心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 人工内耳	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
次の金属の手術等により植込みや使用がありますか。 義眼 ・ ステント ・ 脳動脈瘤クリップ ・ 血管グラフト 心臓人工弁 ・ 静脈フィルター ・ 人工関節 ・ 脳室シャント その他（ ） いつ頃入れましたか。（ 年前）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記以外に体内に金属が入っていますか。 （ 部位： 物： ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
歯科治療により歯科医からMRI検査の制限はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
貼り薬（心臓等）や刺青やアートメイク（眉毛等）はありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
コンタクトレンズは着けていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
これまでに造影剤を注射して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（帰宅後も含め）副作用がありましたか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
上記で『はい』と答えた方は副作用の症状を書いて下さい。 （ ）	
患者様ご本人にアレルギー性の病気や体質がありますか。 （気管支喘息 アレルギー性鼻炎 ヨード過敏症 その他 ） その他の場合（ ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
ご親族ご家族などの血縁者にアレルギー性の病気や体質がありますか。 （気管支喘息 アレルギー性鼻炎 ヨード過敏症 その他 ） その他の場合（ ）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
腎臓の病気あるいは機能が悪いといわれたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
経口糖尿病薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
心臓の薬を服用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

現在の体重を教えてください。（ ） k g

－医師記入欄－

血清クレアチニンの値は正常範囲ですか。  はい（値： ）  いいえ

（造影を行う場合のみ）

確認医師名

## 造影CT検査を受けられる方へ

この検査で使用するヨード造影剤は、病気の診断に有効な情報を得るために使われる検査薬で、ヨード造影剤を使用することにより、疾患の有無や内容、種類、状態などのより詳細な情報が得られます。

### 1、ヨード造影剤の副作用

この薬は安全な薬剤ですが、次のような副作用があります。

- 1) 軽い副作用：吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、発疹などが5%以下の割合でおこります。
- 2) 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが0.1%以下の割合でおこります。また、病状や体質によっては0.001%以下の割合で死亡例が報告されています。

\*現在のところ、このような不快な反応の出現を100%予知する方法はありませんが、検査中は医師や看護師が患者さんの様子を観察しています。万一、重篤な副作用が起きた場合は、迅速に処置が行えるように万全の体制を整えています。

### 2、ヨード造影剤の禁忌

ヨード過敏、ヨード造影剤副作用の既往、気管支喘息、腎臓機能低下のある方は、重い副作用の発生する確率が高く、造影剤を使用できません。また、褐色細胞腫、骨髄腫、マクログロブリン血症、テタニ、重篤な甲状腺疾患などの方、ならびにビグアナイド系の糖尿病のお薬を飲んでおられる方は、造影検査ができない場合があります。

(ビグアナイド系糖尿病薬：メトグルコ錠、グリコラン錠、メデット錠、メルビン錠、ネルビス錠、メトリオン錠、メトホルミン塩酸塩錠、ジベトス錠、ジベトンS腸溶錠、メタクト配合錠、塩酸ブホルミン錠「ミタ」)等

2015年2月 現在

### 3、検査前の食事

午前の検査は朝食を、午後の検査は昼食を控えてください。ただし、水やお茶で水分の補給をお願いします。また、常用のお薬は服用しても構いません。

### 4、検査後の注意

- 1) 検査後は、水やお茶などの水分をいつもより多く飲んでください。ただし、医師により水分制限をされている方は医師の指示どおりにしてください。
- 2) まれに造影剤注射後数日たってから、じんましん、むくみ、血圧低下などの副作用が現れることがありますので、その際は当院にご連絡ください。
- 3) ビグアナイド系の糖尿病のお薬(前述)を飲んでおられる方は、検査当日および検査終了後2日間は、お薬を服用しないでください。 \*血清クレアチニン値に異常がある方は検査前2日間も休薬

### 5、授乳中の方へ

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

連絡先 独立行政法人国立病院機構盛岡病院 TEL：019-647-2195  
日中 午前8：00～午後5：00 受診している外来に相談してください。  
夜間は当直医が対応いたします。

## 造影剤使用前チェックリスト

患者氏名

現在の体重 ( kg)

\* 医師記入

クレアチニン値 ( mg/dl)

該当項目に☑してください。(この用紙は検査のたびに記入していただきます)

1-1、今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。

はい

いいえ

1-2、1-1で「はい」、と答えた方へ

その検査で、吐き気、嘔吐、発疹、かゆみなどの副作用をおこしましたか。

はい (その時の症状: )

いいえ

2、今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか。

はい (はい、と答えた方  治療中  治療していない)

いいえ

3、今までに腎臓が悪いといわれたことがありますか

はい (はい、と答えた方  治療中  治療していない)

いいえ

4、今までにアレルギー性疾患にかかったことがありますか。

はい (はい、と答えた方: 具体的にお書きください )

いいえ

5、今までにお薬や食べ物で具合が悪くなったことがありますか。

はい (はい、と答えた方: 具体的にお書きください )

いいえ

6-1、現在、糖尿病のお薬をのんでいますか。

はい

いいえ

6-2、6-1で「はい」と答えた方へ

ビグアナイド系糖尿病薬をのんでいますか。

はい (お薬の名前 )

いいえ

ビグアナイド系糖尿病薬をのんでいる方は、3日間(検査日と検査後2日間)の休薬を要します。

\*ただし血清クレアチニン値に異常のある方は検査前2日間も休薬を要します。\*

(ビグアナイド系の糖尿病薬: メトグルコ錠、グリコラン錠、メデット錠、メルビン錠、ネルビス錠、メトリオン錠、メトホルミン塩酸塩錠、ジベトス錠、ジベトンS腸溶錠、メタクト配合錠、塩酸プロホルミン錠「ミタ」)等

# 同意書

私は、造影CT検査に関して、その必要性和副作用の可能性について説明を受け理解しました。

CT検査に際して

- 造影剤の投与を受けることに同意します
- 造影剤の投与には同意できません

なお、この同意に関する決定は、検査前のどの時点でも変更が可能であること、また、医師の判断で造影剤を使用しない可能性があることを理解しています。

平成 年 月 日

患者様署名 \_\_\_\_\_

(代理人署名) \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

説明医師名 \_\_\_\_\_