

診 療 情 報 提 供 書

(外 来 検 査)

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター

年 月 日

担当医

科

殿

住 所

医療機関名

医 師 名

電 話 () -

FAX () -

紹介患者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒			
	電 話 番 号	() -	性 別	男 ・ 女	
受診希望日等	月 日 (曜日)	当院受診歴	有 ・ 無		
傷 病 名					
予約希望検査	上部消化管内視鏡 ・ MRI (単純 ・ 造影) ・ CT (単純 ・ 造影) ・ ()センチ ※ CT ・ MRIの撮影部位()				
	◎CT・センチの予約に関しては、放射線検査(医療被ばく等)に対する説明が必要になります。 <input type="checkbox"/> 説明済				
検 査 目 的	良悪鑑別 ・ 病期診断 ・ 再発診断 ・ 転移検索 ・ その他()				
持 参 フィルム	CT ・ MRI ・ X-P ・ RI ・ US ・ その他() 可能な限りご持参ください。				
症 状 経 過 治 療 経 過					
現 在 の 処 方	がん告知の有無(有 ・ 無) 当院でのがん告知の可否(可 ・ 否)				
注意すべき合併症： なし 心疾患 緑内障 前立腺肥大 出血傾向 糖尿病 その他() アレルギーの有無： なし ヨード キシロカイン その他() 詳細不明 感染症の有無： なし HBV HCV その他() ※差し支えない範囲でご記入ください					

被 保 険 者 氏 名		保 険 者 番 号							
記 号 ・ 番 号	.				本 ・ 家				
事 業 所 又 は 保 険 者 名				負 担 割 合 割					
公 費 等 記 号 番 号	.								

この診療情報提供書に記載されている個人情報、紹介目的の為に使用し、他の目的には利用しません
独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 地域医療連携室

FAX (089) 999-1115 TEL (089) 999-1201

MRI検査を受けられる方へ

MRI(磁気共鳴画像)検査は、磁気と電波を利用して画像を作成する検査です。検査室内には、常に強い磁場が発生していますので、MRI検査を安全に実施する為に、以下の説明をよくお読みください。

1)原則として、MRI検査を受けることができない方

- ①心臓ペースメーカーを埋め込まれている方
- ②金属製の心臓人工弁を使用されている方
- ③人工内耳を使用されている方
- ④神経刺激装置(深部脳刺激装置)を使用されている方
- ⑤食道・胃・大腸に金属製のクリップを留置されている方

2)MRI検査を受けることができない可能性のある方

- ①脳動脈瘤クリップ等、脳血管に金属クリップやコイル等を使用されている方
- ②冠動脈ステント等、体内の血管にステントを挿入後2ヶ月未満の方
- ③その他、金属が体内にある方
 - ・骨折の治療目的など、整形外科で使用されている金属の殆どは検査可能ですが、念のため、体内にある方は検査前に担当技師へお申し出ください。
 - ・磁石で固定する入れ歯は、MRI検査非対応の物もあります。歯科より頂いているカード(MRI検査対応が確認できるもの)をご持参ください。
 - ・外傷時(目など)に傷口から金属片が混入した方は、検査前に担当技師へお申し出ください。
- ④刺青、アイライン、マスカラ等を入れられている方
 - ・刺青の部分が、火傷を発症、または変色・変形する可能性があります。
 - ・アイライン、マスカラの部分が、火傷を発症する可能性があります。
- ⑤閉所恐怖症の方
- ⑥妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方
 - ・胎児に対するMRI検査の安全性は確立されておりません。(特に妊娠10～15週目の方)

3)その他の注意事項

- ①検査室内へは、補聴器や着脱可能な入れ歯、貴金属類は持ち込むことができません。
- ②CVポート(注射用ポート)は、MRI検査により移動、回転、発熱等が起こる可能性があります。検査中に違和感を感じられたら、すぐに申し出てください。
- ③使い捨てカイロやエレキバン、湿布等の貼付薬は、火傷を発症する可能性がありますので、当日の検査室内での使用はお控えください。
- ④遠赤外線、または保温性が非常に高い衣類(ヒートテック等)は、発熱の恐れがありますので、検査時は着用することができません。
- ⑤カラーコンタクトレンズをご使用の方は検査時は取り外して頂きます。
- ⑥一時的頭皮・頭髪染毛料(シャンプー等で落とすことができるスプレー状、粉末状、液体状)の一部商品には金属成分が含まれておりますので、検査当日は使用をお控えください。
- ⑦検査時は検査機器より非常に大きな音が発生しますが、MRI室内対応のヘッドホンや耳栓を着用の上、検査を実施させていただきます。

* MRI検査を安全に行うために、別紙の間診票にお答えください。

* 当日は検査予定時間の15分前に、MRI検査間診票(同意書も含む)を必ずご持参の上、MRI検査室にお越しください。

* ご不明な点がありましたら、下記までご連絡下さい。

四国がんセンターの連絡先

【平日8:30～17:15】 四国がんセンター がん相談支援センター (直通番号)089-999-1114

【平日時間外および土・日・祝祭日】 日直/夜間当直師長 (代表番号)089-999-1111

MRI検査問診票

必要事項にご記入の上、検査当日に、ご持参ください

当てはまる箇所にレ印を入れてください。“はい”を選ばれた方は、適した言葉に○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉をお書きください。

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1.心臓ペースメーカーを使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 2.埋め込み式除細動器を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 3.体内電子機器(神経刺激器等)を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 4.脳動脈瘤クリップが入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 5.乳房再建に使用するエキスパンダー(組織拡張器)を挿入していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 6.体の中に金属が入っていますか？
クリップ・コイル・義眼・人工内耳・人工関節・人工心臓弁・ステント・CVポート
その他金属類() | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 7.今までに手術を受けたことがありますか？
平成・昭和 年頃、手術名() | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 8.刺青(眉、永久アイラインも含む)が入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 9.補聴器は使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 10.磁石で固定する入れ歯を使用していますか？
→「はい」にチェックをされた方は、検査当日に歯科より頂いているカード
(MRI検査対応が確認できるもの)を持参してください。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 11.閉所恐怖症がありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 12.長時間、仰向けの体勢が困難ですか？
可能な時間()分程度) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 13.妊娠をしている可能性はありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 14.金属のアレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 15.現在の体重をご記入ください。()kg | | |

* 「□はい」に該当する場合には検査が出来ない場合がありますので主治医にご相談ください。

MRI検査同意書

私はMRI検査の必要性と注意事項について説明を受け、今回の検査についての説明を読みよく理解しましたのでMRI検査に同意します。

検査予定日: 年 月 日

説明年月日: 年 月 日

説明医署名: _____

医療者側同席者: _____

同意年月日: 年 月 日

本人署名: _____

同席者署名: _____ (本人との関係)

代諾者署名: _____ (本人との関係)