

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 | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 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（単純）検査を受けられる方へ

前日

日常生活に制限はありません。普段どおりにお過ごしください。

検査当日



腹部の検査を受けられる方は、**検査4時間前**から、食事は控えてください。

水分（水・茶・白湯）の制限はありませんが、牛乳などの乳製品は検査の1時間前から飲まないでください。

糖尿病の薬は、食事を食べた時には飲みます。食べない時には飲まないでください。それ以外の薬は食事に関係なくすべてお飲みください。

なお、他の検査(PET検査・超音波検査など)で食事に制限のある方は、そちらに従ってください。

その他、「MRI検査を受けられる方へ」の説明文書をよくお読みください。

【外来で検査を受ける場合】

2F再来受付機で受付後、**予約時間の15分前**までにF受付にお越しください。

検査の都合上、しばらくお待ちいただく場合があります。

当日他の検査予定（特に胃透視・胃カメラ・注腸・大腸カメラ・骨シンチ・PET-CT・腹部エコー）がある場合は、お知らせください。

【入院中に検査を受ける場合】

検査室の準備が出来ましたら、病棟看護師から案内があります。

検査カードと診察券をお持ちのうえF受付にお越しください。



検査終了後

普段どおりにお過ごしください。

入院中の方で食事を食べられていない方は、食事をお持ちしますので、看護師に声をおかけください。

【外来で検査を受ける場合】

- 検査についての問い合わせや不明な点があれば下記にご連絡ください。
平日8時30分～17時15分 がん相談支援センター 089-999-1114（直通番号）
平日時間外および土・日・祝日 日直/当直師長 089-999-1111（代表番号）
- 予約日の変更については下記にご連絡ください。
平日8時30分～17時15分 予約センター 089-999-1112（直通番号）

【入院中に検査を受ける場合】

- 入院中の方は看護師にお尋ねください

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

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食道・胃・大腸に金属製のクリップを留置されている方
- ③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
- ④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。
- ⑤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。
- ⑥一時的頭皮・頭髮染毛料(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ジェルネイル・マグネットネイルなど、爪に装飾を施している方
 - ・装飾品が変形・変色したり、装着部分に火傷を発症する可能性があります。
- ⑧閉所恐怖症の方
- ⑨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インスリンポンプ・持続グルコース測定器(リブレ等)は磁気の影響を受ける可能性があるため、取り外してください。
- 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、別紙の問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検査問診票(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。

* ご不明な点がございましたら、下記までご連絡ください。

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・祝日】 日直/夜間当直師長 (代表番号)089-999-1111

2011年2月 作成

2023年6月 改定

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？ 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 |
| 9.一時的頭皮・頭髮染毛料(増毛パウダーなど)を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 10.爪に装飾(ジェルネイル・マグネットネイルなど)を施していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 11.補聴器は使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 12.磁石で固定する入れ歯を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| →「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。 | | |
| 13.インスリンポンプ・持続グルコース測定器(リブレ等)を装着していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 14.閉所恐怖症がありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 15.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 |
| 16.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 |
| 17.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 |
| 18.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)