

保険情報送信様式（FAX用）

紹介元

貴院名：

医師名：

TEL：

FAX：

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要箇所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月		日	()	時	分
診 察	診療科：科		予約医師：			
C T	※必須 単純 ・ 造影	撮影部位	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 ※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。			
			eGFR > 又は(Cr: mg/dl)(検査日:) 造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下さい。			
M R I	相模原市検診以外		※レポート有ります。 相模原市（受診券等）は使用できません。			
	相模原市 検診		※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。			
マンモ グラフィ	撮影部位：					
エコー	撮影部位：					
その他						

病名（主訴）	
予約目的	

浏野辺総合病院に受診した事がありますか？（可能であれば、お願いします。）

受診歴	無 ・ 有：診察券番号【 】・いつごろの受診ですか？（ ）
-----	-------------------------------

フリガナ		男・女	明 大 昭 平
患者氏名	様		年 月 日生 才
住 所	〒 -		TEL 連絡のとれる電話番号をお願い致します。

・予約当日

受付にはお時間に余裕を持って

ご来院（正面玄関入ってすぐの受付へ）下さい。

・持ち物

- ・診療情報提供書
- ・造影剤同意書（造影検査の方のみ）
- ・保険証（医療受給者証）
- ・診察券（受診歴がある方のみ）

医療法人社団相和会

浏野辺総合病院

メディカルサポートセンター

地域医療連携課 医療連携係

直通 TEL 042-754-3302

直通 FAX 042-754-3323

保険情報送信様式 (FAX用)

紹介元

貴院名 : ○○病院・クリニック
 医師名 :
 TEL :
 FAX :

※ 予約は事前に電話でお受け致します。

※ 太枠内は必ずご記入願います。項目・必要箇所は、マル  をお願い致します。

予約項目・日時	月 () 日 () 時 分	
診察	診療科 : 科	予約医師 :
CT	※必須 撮影部位	撮影方法の相談につきましては、放射線科医師へ取次ぎますのでお申出下さい。 <small>※Dr不在等にて即時対応が出来ない場合は 念の為、造影剤使用撮影にて予約枠を取得してください。</small> eGFR > 又は (Cr: mg/dl) (検査日 :) 造影剤同意書は必ず当日に診療情報提供書と一緒に持ち下下さい。
	単純・造影	
MRI	相模原市検診以外	※レポート有ります。 相模原市 (受診券等) は使用できません。
	相模原市 検診	※レポート無しです。 必要書類を当日に必ずご持参下さい。
マンモグラフィー	撮影部位 :	
エコー		
その他		

CT・MRの造影依頼時には検査値をお願いします。

病名 (主訴)	
予約目的	

瀏野辺総合病院に受診した事がありますか? (可能であれば、お願いします。)

受診歴	無 ・ 有 : 診察券番号【 】 ・ いくつかの受診ですか? ()
-----	------------------------------------

フリガナ		男・女	明 大 昭 平
患者氏名	様		年 月 日生 才
住所	〒 -	TEL	連絡のとれる電話番号をお願い致します。

・予約当日

受付にはお時間に余裕を持って
 ご来院 (正面玄関入ってすぐの受付へ) 下さい。

・持ち物

- ・ 診療情報提供書
- ・ 造影剤同意書 (造影検査の方のみ)
- ・ 保険証 (医療受給者証)
- ・ 診察券 (受診歴がある方のみ)

医療法人社団相和会
瀏野辺総合病院
 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 直通 TEL **042-754-3302**
 直通 FAX **042-754-3323**

2012.10.31 HP用

①電話にて、予約枠を取得
 8:45~17:30 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 直通 042-754-3302

②保険情報送信様式(FAX用)の送信
 メディカルサポートセンター
 地域医療連携課 医療連携係
 FAX 042-754-3323

③当日、紹介状と必要書類(同意書等)をご持参いただけますよう、患者様へお渡し下さい。

MRI検査予約票

(患者さん用)

フリガナ		生年月日 大・昭・平・令
氏名	男・女	年 月 日
予約日	西暦 年 月 日 ()	予約時間 午前・午後 時 分
持ち物	<input type="checkbox"/> 紹介状 <input type="checkbox"/> 健康保険証・各種受給者証 <input type="checkbox"/> 当院診察券 (※ある方のみ)	

◎ 検査を受けられる時の注意事項

	食べ物	飲み物	検査所要時間	その他
頭部単純	制限ありません	制限ありません	10～30分程度	・検査着に着替えて頂きます。
頭部造影	検査の 3時間前まで	お茶・お水は 積極的に お飲み下さい	30～40分程度	・コンタクトレンズをご使用の方は、外して 頂きます。ケースをお持ち頂くか、 眼鏡でご来院下さい。
体幹(脊椎)	制限ありません	制限ありません	30～50分程度	・金属類(時計・メガネ・アクセサリ類)は、 全て外して頂きます。
子宮・卵巣	検査の 3時間前まで	検査の 3時間前まで	40～60分程度	・化粧品は落として頂く場合があります (金属を含んでる場合がある為)

※ MRI検査は、普段経験しないような強い磁場となっています。

- ・磁気カードや貴重品(金属類で外した物)などは全てロッカーへ入れて頂きます。
- ・アクセサリ等をお控え頂き、なるべく薄化粧でおいで下さい。
- ・腹部の検査や造影剤を使用した場合、お食事は検査の3時間前までに済ませて頂きます。
- ・当日、検査の適応を放射線科で判断し、場合により安全性を考え検査を見合わせる場合があります。

※ 下記に当てはまる方は事前に主治医先生へご相談下さい。

- ・内服薬の服用についての相談は、依頼医にご相談下さい。

※ ご予約のキャンセルは依頼元の医療機関へご連絡下さい。

※ 検査に関する質問等ありましたら、放射線科で受付けております。

※ 救急などにより、検査の開始時間が前後する場合がありますのでご了承下さい。

◎ MRI検査は通常次の順序で行います。

《 注 意 事 項 》

①	検査20分前に受付	トイレに関しては指示に従って下さい。
②	MRI更衣室で検査着へ着替え	トイレに関しては指示に従って下さい。
③	検査	検査中は体を動かさないで下さい。 マイクが設置してありますので何か変化があった 場合は声をかけて下さい。
④	検査終了	更衣室等に忘れ物がないようお帰りください。

渚野辺総合病院 医療連携室

〒252-0206 相模原市中央区渚野辺3-2-8

直通 TEL 042-754-3302 FAX 042-754-3323

(事前予約・放射線科・医師へのお問い合わせ等)

地域連携用「MR I 安全確認リスト」 (事前問診票)

医療機関名 _____

患者氏名： _____ (男・女)

医師名 _____ 先生

生年月日： T・S・H・R 年 月 日

検査予約日： _____ 年 月 日 ()

予約時間： _____ 時 (20分前に来院)

★ 絶対禁忌

①	除細動器・ペースメーカー装着	なし・あり	※撮像できません
②	人工内耳	なし・あり	
③	眼球内金属粉混入 (職業・事故等)	なし・あり	
④	生命維持に必要な金属、電子機器モニター類を外せないもの	なし・あり	
⑤	広範囲ないれずみ	なし・あり	

★ 撮像に注意が必要

※術後8週間以内のMRIは原則禁忌としていますが臨床上必要な場合などはご相談ください。

①	脳室腹腔シャント (調整式)	なし・あり	手術内容、年月、施設名
②	人工弁・脳動脈瘤クリップ・ステント	なし・あり	
③	体内金属	なし・あり	
④	手術歴	なし・あり	
⑤	白内障手術(左・右)	なし・あり	
⑥	消化器内視鏡クリップ	なし・あり	
⑦	体内結さつ用クリップ (腹腔鏡下胆嚢摘出術、胃、大腸等)	なし・あり	
⑧	歯科インプラント	なし・あり	

⑨	体内人工物 (金属製の避妊リング) の使用	なし・あり
⑩	心臓病・禁煙薬の貼布薬 (ニトロダームTTS、ニコチネルTTS)	なし・あり
⑪	経皮吸収型製剤 (貼布薬) (薬剤名 _____)	なし・あり
⑫	いれずみ (部位と範囲： _____)	なし・あり
⑬	義眼 (取り外し可能な物)	なし・あり
⑭	コンタクト・カラーコンタクト	なし・あり
⑮	閉所恐怖症	なし・あり
⑯	てんかんと言われた事はありますか	なし・あり
⑰	不整脈	なし・あり
⑱	増毛スプレー、毛髪着色料(部分白髪染め) → 一時的なもの	なし・あり
⑲	アートメイク (アイライン、つけまつげ、マスカラ、アイシャドーなど)	なし・あり
⑳	入れ歯・かつら・ウィッグ・ヘアエクステンション (つけ毛)	なし・あり
㉑	ネイルアート、ジェルネイル、つけ爪、アクリルネイル、マニキュア、UVケア用品	なし・あり
㉒	装具・コルセット・ストーマベルトなど	なし・あり
㉓	尿道留置カテーテル (磁石式開閉キャップは交換が必要)	なし・あり
㉔	妊娠の可能性 (_____)ヶ月 (_____)週	なし・あり
㉕	リブレの使用	なし・あり

*MR I検査が可能かどうか施行医に確認が必要です。

体内インプラントがある場合、別用紙が必要となりますので正確な記入をお願いします

⑳ MR検査歴 なし・当院あり・他施設あり 施設名 (_____) (西暦 _____ 年 月) 部位 (_____)

MRI検査を受けられる方へ

●注意事項（よくお読みください）

*金属製または磁気に敏感な物品・素材が分からないものを持っていたり、身につけ、そのままMRI検査室に入室すると、吸着や熱傷（やけど）事故につながり大変危険です。金属類・化粧品等で不明な場合は、それぞれの商品の製造元にお問い合わせください。

*確認が出来ない場合は、放射線科の判断で場合により検査の変更をお願いすることがあります。下記の内容を必ず確認してください。

検査日前までにはずしておいて下さい

***ご使用の方は検査ができない可能性があります**



毛髪着色料（一時染毛料、部分白髪染めなど）

[マスカラタイプ/パウダータイプ/マーカータイプ/エアゾールタイプ] 増毛スプレー

} ⇒検査前日に洗髪をし洗い流してください



アートメイク、つけまつ毛、エクステ



ネイルアート、ジェルネイル、つけ爪
アクリルネイル、手足のマニキュア



保温下着（ヒートテックなど）貼り薬、塗り薬、軟膏類、テープ類、制汗剤

検査当日、更衣時に取り外していただきます

- 心臓病・禁煙薬の貼布薬（ニトロダームTTS、ニコチネルTTS）⇒予備をお持ちください
- 経皮吸収型製剤（貼布薬）（薬剤名）
*検査時に剥がせるか主治医に確認が必要です
- コンタクト・カラーコンタクト、ファッションレンズ、眼鏡 ⇒ ケースをお持ちください
- アクセサリー類、腕時計など
- 化粧（UVケア用品）

検査当日、持参していただくもの

- 診察券 *検査予約時間の20分前までに再来機受付をしてください
- 予約票
- 体内の金属・医療機器の詳細が分かる資料（カード・手帳） *お持ちの方のみ
- 造影検査 説明・同意書(3-②) *造影検査の方のみ

お問い合わせ先 瀏野辺総合病院 042-754-2222 MRI室（内線2114）

造影検査 説明・同意書(3-①)

(造影CT, 造影MRI, 尿路造影, 経静脈性胆道造影, 下肢静脈造影)

検査予定日

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

造影検査を受けられる方へ

(説明内容)

この度実施する検査は造影剤を使用しなくても可能ですが、体内の状態をより詳しく正確に知り、診療に役立てるため**“造影剤”**という薬剤を静脈内に注射して行います。

当院で採用している造影剤はCT、尿路造影、経静脈性胆道造影に使用する水溶性のヨード造影剤、MRIではガドリニウムという重金属を用いたものと、鉄イオンを用いたものを使用しています。なお、他に精密な検査を行うため経口造影剤も飲んでいただくことがあります。副作用がごく少ないため、ここでは注射で投与する造影剤に関して述べます。

造影剤は基本的には安全な薬剤ですが、投与に危険を伴う人があり、またまれに以下の補足欄に示した合併症や副作用がおこることもあります。重篤な副作用はCT、尿路造影用の非イオン性ヨード造影剤で2.5万例に1例、MRI用のガドリニウム造影剤で1.9万例に1例の頻度で発生し、死亡例も非イオン性ヨード造影剤で43万例に1例、ガドリニウム造影剤で85万例に1例の割合で報告されています。

当院では副作用発生時でも対応できる体制をとっていますが、以下の補足・注意事項をお読みになり、造影検査に承諾いただける場合は問診票に記入のうえ、承諾欄に署名して検査当日にお持ち下さい。承諾いただけない場合は拒否の欄に署名してお持ち下さい。なお、御署名後の変更は随時可能です。当日検査前までにお申し出下さい。

補足)

○ 造影剤副作用、投与に伴う合併症の例

・軽度副作用) 基本的に治療を要さず、経過を観察するのみでよい。

100例あたり5例(5%)以下

吐き気、嘔吐、頭痛、かゆみ、発疹など

・重度副作用) 治療が必要で、後遺症が残る場合もある。時に入院、手術も必要。

19000例に1例(0.006%)以下

呼吸困難、意識障害、血圧低下、心停止、皮膚や関節の硬化など

・合併症

造影剤が静脈外にもれ、腫れ、痛みを伴う場合があります。殆どは時間がたてば吸収されますので心配はいりませんが、ごくまれに手術を含む処置が必要になる場合があります。

ほぼ全例で体が熱くなりますが、血管の刺激に伴う正常な反応で、心配いりません。

注意)

・乳製品以外の水分補給は積極的に行ってください。但し、検査直前の食事(午前中の検査の場合は朝食、午後の検査の場合は昼食)は控えて下さい。普段飲まれているお薬も通常通り服用して下さい。但し、糖尿病のお薬に関しては主治医にご相談下さい。

・安全に検査を行うため必要ですので、問診票には必ず記入してお持ち下さい。

問診票、承諾書の確認ができない場合は検査を行えない場合があります。

・承諾いただいた場合でも、検査担当医、放射線科医の判断で造影を中止する場合があります。

*わからないことがありましたら担当医、放射線科医師に遠慮なくご質問下さい。

TEL: 042-754-2222(代)

放射線科 (内線:1153)

医療法人社団相和会 瀏野辺総合病院

造影検査 説明・同意書(3-②)

(造影CT, 造影MRI, 尿路造影, 経静脈性胆道造影, 下肢静脈造影)

検査予定日

西暦 年 月 日

問診票 : ご記入のうえ、検査当日に必ずお持ち下さい。

以下の質問について、当てはまるほうに“レ”印を記入してください。

“あり”の場合は当てはまる言葉を○で囲むか、()内に書き入れてください。

1) 今まで注射または点滴で造影剤を使った検査を受けたことがありますか？

なし あり : CT・MRI・尿路造影・胆道造影・血管造影

そのとき(検査中や検査後、帰宅後も含めて)熱くなった以外、何か体に反応はありましたか？

なし あり : 吐き気・かゆみ・発疹・頭痛

その他()

反応があったとき、処置は？ 経過観察・点滴・注射・入院

2) 今まで喘息といわれたことはありますか？

なし あり : 治療中(内容)、近年は症状なし(約 年)

3) アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？

なし あり : 食物()、薬剤()

花粉症やアレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎

その他()

4) 心臓、腎臓、肝臓、甲状腺の病気はありますか？

なし あり : 心臓・肝臓・甲状腺・腎臓(血液透析中・血液透析はしていない)

5) 糖尿病のお薬を飲んでいますか？

なし あり : ()

6) 現在、妊娠している可能性はありますか？

なし あり : (第 週) わからない

同意および確認 : 同意または拒否の意思に関して当日までにご署名をお願いします。

造影検査同意書

<造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ>にのっとり造影検査の説明を受けましたが、利点、合併症、副作用を理解したうえで造影剤投与に同意いたします。

患者様署名または代理人署名(続柄)

西暦 年 月 日

造影検査拒否の意思表示 (造影検査を拒否する場合に御署名下さい)

<造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ>にのっとり造影検査の必要性の説明を受けましたが、不利益を承諾の上、造影検査を拒否いたします。

患者様署名または代理人署名(続柄)

西暦 年 月 日

以下医療機関使用欄

説明確認書

上記患者さんに対し、<造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ>にのっとり造影検査の利点、合併症、副作用について説明致しました。

西暦 年 月 日 主治医(ご紹介医)

造影拒否の意思確認

上記患者さんが造影検査について拒否されたことを確認致しました。

西暦 年 月 日 検査担当医・放射線科医

造影検査 説明・同意書(3-③)

(造影CT, 造影MRI, 尿路造影, 経静脈性胆道造影, 下肢静脈造影)

検査予定日

西暦 年 月 日

○<造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ>をよくお読みになり、造影検査に承諾いただける場合は<造影検査・説明・同意書(3-②)>の問診票に記入のうえ、承諾欄に署名して検査当日にお持ち下さい。承諾いただけない場合は拒否の欄に署名してお持ち下さい。なお、御署名後の変更は随時可能です。当日までにお申し出下さい。

○安全に検査を行うため必要ですので、問診票には必ず記入してお持ち下さい。

問診票、承諾書の確認ができない場合は検査を行えない場合があります。

○承諾書いただいた場合でも、検査担当医、放射線科医の判断で造影を中止する場合があります。

*わからないことがありましたら担当医、放射線科医師に遠慮なくご質問下さい。

同意および確認

:同意または拒否の意思に関して当日までにご署名をお願いします。

造影検査同意書

<造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ>にのっとり造影検査の説明を受けましたが、利点、合併症、副作用を理解したうえで造影剤投与に同意いたします。

患者様署名または代理人署名(続柄)

西暦 年 月 日

造影検査拒否の意思表示 (造影検査を拒否する場合に御署名下さい)

<造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ>にのっとり造影検査の必要性の説明を受けましたが、不利益を承諾の上、造影検査を拒否いたします。

患者様署名または代理人署名(続柄)

西暦 年 月 日

以下医療機関使用欄

説明確認書

上記患者さんに対し、<造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ>にのっとり造影検査の利点、合併症、副作用について説明致しました。

西暦 年 月 日 主治医(ご紹介医)

造影拒否の意思確認

上記患者さんが造影検査について拒否されたことを確認致しました。

西暦 年 月 日 検査担当医・放射線科医