

検査等申込 兼 保険情報送信様式（FAX用）

紹介先  
医療法人社団相和会 刈野辺総合病院  
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  
TEL 042-754-3302（直通）  
FAX 042-754-3323（直通）

紹介元  
医療機関名  
医師名  
TEL  
FAX

※太枠内をご記入ください。項目・必要箇所は、マル○ または ☑をお願いいたします。 ☐開放登録医

|                           |                              |                             |                                                                         |                     |  |                                                |
|---------------------------|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|------------------------------------------------|
| フリガナ                      |                              | 性別                          | TEL                                                                     | 連絡の取れる電話番号をお願いいたします |  | 刈野<br>辺<br>総<br>合<br>病<br>院<br><br>記<br>入<br>欄 |
| 患者氏名                      |                              | 男・女                         |                                                                         |                     |  |                                                |
| 生年月日                      | 大 昭 平 令<br>年 月 日 歳           |                             | 住所                                                                      | 〒                   |  |                                                |
| 刈野辺総合病院受診歴 有 ・ 無 診察券番号（ ） |                              |                             |                                                                         |                     |  |                                                |
| 傷病名                       |                              |                             |                                                                         |                     |  | 受付日                                            |
| 検査目的                      | ※記入せず、診療情報提供書のFAXでも結構です      |                             |                                                                         |                     |  | ／                                              |
| 予約<br>項目                  | 予約日時： 月 日（ ） 時 分             |                             |                                                                         |                     |  | 予約内容<br>確認者<br>(連携室)                           |
| 診察                        | 診療科 科                        |                             | 予約医師                                                                    |                     |  |                                                |
| CT                        | ※必須<br>単純<br>・<br>造影         | 撮影部位                        | 造影の場合 検査日（ / ）<br>eGFR > 又は（Cr： mg/dl）<br>※アレルギー対応や撮影方法等、遠慮なくお問い合わせください |                     |  |                                                |
| MRI                       |                              |                             |                                                                         |                     |  |                                                |
| エコー                       | 撮影部位                         |                             |                                                                         |                     |  | 内視鏡医<br>確認印                                    |
| 胃カメラ                      | 経鼻 ・ 経口                      | 適応があった場合の尿素呼吸試験<br>実施可 ・ 不可 | ※組織検査をした場合は結果郵送までに、2週間程お時間をいただきます。検査所見のみ先行FAXも可能ですので、ご所望ください。           |                     |  | 依頼                                             |
| その他                       | マンモグラフィー ・ 骨塩定量 ・ 栄養指導 ・ （ ） |                             |                                                                         |                     |  | 結果                                             |

|             |                                                                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------|
| 画像のご希望媒体    | フィルム ・ CD-R ・ プリント ・ 画像不要(レポートのみ)                               |
| CT/MRI 特記指示 | <input type="checkbox"/> 当日、画像の患者手渡しを希望<br>※特記指示がない場合は後日郵送いたします |

- ・ 当日の持ちもの  
診療情報提供書、健康保険証、診察券(お持ちの方)、検査に必要な書類（同意書、問診票）、お薬手帳
- ・ ご不明点は、地域医療連携課へお問い合わせください。

# MRI検査予約票

|      |                                                                                                                                           |       |                                         |  |  |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-----------------------------------------|--|--|
| フリガナ |                                                                                                                                           | 性別    | 生年月日<br>大 昭 平 令                         |  |  |
| 氏 名  |                                                                                                                                           | 男 ・ 女 | 年                  月                  日 |  |  |
| 予約日時 | 年                  月                  日 (                  )                  時                  分<br>※予約時間の20分前までに受付をして、1階の放射線科受付へお越し下さい |       |                                         |  |  |

予約時間が過ぎてしまうと検査の順番が変更、または当日検査が出来ない場合があります。

## ◎ 注意事項 ※「MRI検査を受けられる方へ」もよくお読みください

- ・MRI検査室は、強い磁場となっています。
- 検査着に着替え、磁気カードや金属類などは全てロッカーへ入れていただきます。

| 検査                                | 食べ物                | 飲み物                       |
|-----------------------------------|--------------------|---------------------------|
| 造影なしの検査<br>※子宮・卵巣・腹部以外            | 制限はありません           | 制限はありません                  |
|                                   | 内服薬の制限はありません       |                           |
| MRCP                              | 検査の4時間前までに済ませてください | 検査の4時間前まで飲めます             |
|                                   | 内服薬の服用は主治医にご相談ください |                           |
| 造影検査 または<br>子宮・卵巣・腹部検査<br>※MRCP以外 | 検査の4時間前までに済ませてください | 乳製品を含まない水・お茶に限り積極的に飲みください |
|                                   | 内服薬の服用は主治医にご相談ください |                           |

- ・検査所要時間は、撮影部位により、10分～60分と異なります。
- ・ウイルス感染症、水痘・带状疱疹等の皮膚疾患の診断を受けた場合は事前に泌尿器科総合病院放射線室までご連絡ください。
- ・救急、重症患者さんの対応などにより検査開始時間が前後する場合がありますのでご了承ください。
- ・ご予約の変更は、紹介元の医療機関へご連絡ください。

医療法人社団 相和会 泌尿器科総合病院  
〒252-0206 相模原市中央区淵野辺3-2-8  
TEL 042-754-2222(代)

2025年6月 改訂

# 地域連携用MRI安全確認リスト (事前問診票)

患者氏名: (男・女)

医療機関名:

生年月日: T・S・H・R 年 月 日

医師名:

検査予約日: 年 月 日 ( )

予約時間: 時 分 (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

## ☆☆ 手術後、8週間以内は確認が必要 ☆☆

|                           |       |                            |
|---------------------------|-------|----------------------------|
| 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<br><div></div> |
| 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(留置後2週間以内)    | なし・あり |                            |
| ⑦ 体内結さつ用クリップ(腹腔鏡下胆嚢摘出術 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 インスリンポンプ・持続グルコース測定器(FreeStyle リブレ 等)   | なし・あり |
| ⑬ いれずみ(部位と範囲)                            | なし・あり |
| ⑭ 義眼(取り外し可能な物)、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有りますか                       | 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 |

\*MRI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

|                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 最終MRI検査歴 なし / 当院 / 他施設             |                       |
| ㉕ 最終検査歴が他施設の場合は、<br>右記項目の記入をお願いします | 施設名( ) (西暦 年 月) 部位( ) |
|                                    | 事前問診確認者 当日確認技師        |

# 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MR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。また、申告していない手術歴があった・検査日前までに手術を受けた場合は確認が必要となりますので、当院までご連絡ください。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。

当日ご使用の方は検査ができない可能性があります  
前日までに外しておいてください



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て洗い流し、当日は使用しないで下さい



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

\*インスリンポンプ、グルコースモニター（リブレ）

**\* 外して良いか  
医療機関にお問い合わせ  
合わせ下さい**

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

- ☐ 紹介状 ☐ 健康保険証 ☐ 診察券（お持ちの方） ☐ お薬手帳
- ☐ 検査予約票 ☐ MRI安全確認リスト（当日持参する方のみ）
- ☐ 体内の金属・医療機器の詳細が分かる資料（カード・手帳等お持ちの方）
- ☐ 造影検査 説明・同意書（造影検査の方）

お問い合わせ先 刈野辺総合病院 042-754-2222（代） 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、投与に危険を伴うことがあり、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、同意および確認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)

- ・ 普段飲まれているお薬は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。
- ・ 水分、食事に関しては検査予約票をご参照下さい。
- ・ **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)

|      |  |
|------|--|
| 患者氏名 |  |
|------|--|

( 泌尿器科総合病院用 )

**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、何か体の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〉に基づき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。

本人または代理人署名(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ご署名下さい)**

〈造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ〉に基づき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。

本人または代理人署名(続柄 )  
西暦 年 月 日

以下病院使用欄

**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〉に基づき造影検査の利点、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) 印

**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、同意および確認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、ご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。
- **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。

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>に基づき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。

本人または代理人署名(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ご署名下さい)

<造影検査 説明・同意書(3-①) 造影検査を受けられる方へ>に基づき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。

本人または代理人署名(続柄

西暦 年 月 日

以下病院使用欄

### 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>に基づき造影検査の利点、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)

印

### 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