

# 小倉記念病院 診察申込書(予約票)

受診科	受診希望日	申込日	令和	年	月	日
科	第1: R 年 月 日	医療機関名				
	第2: R 年 月 日	所在地				
診察希望医師	<input type="checkbox"/> 特に希望なし	TEL				
<input type="checkbox"/> 外来担当医師	<input type="checkbox"/> 最短日を希望	FAX				
<input type="checkbox"/> 先生	都合の悪い日( )	医師名				

ふりがな	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平 <input type="checkbox"/> 令
患者様氏名 様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 月 日 歳
旧姓		
患者様住所	自宅番号	携帯番号
	緊急連絡先	

保険者番号			公費番号等すべて記入をお願いします。
被保険者記号番号			
被保険者との続柄	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> その他( )	
小倉記念病院での受診歴 (他科、健康診断含め)			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
貴院での入院状況 (受診希望日現在)			<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院中
受診時 入院中の方	入院日 R 年 月 日	科	種類(例:一般病棟) 病棟
歩行状態	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	画像データ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

## 小倉記念病院 連携室直通FAX : 0120-020-027

予約日決定次第、以下予約情報を記載の上、FAXにて返信いたしますので、患者さんにお渡しください。

帰院済等で患者さんへお渡しできない場合は、下記予約情報の内容をお伝えください。

診療情報提供書が未作成の場合は、受診日の2日前までに送信いただくようお願いいたします。

### 予約情報 \* 以下は小倉記念病院 連携室にて記入します。

予約日時:

診療科:

患者ID:

<当日の受付窓口について>

2階「1-B:新患受付窓口」に置いてある黄色い「医療連携箱」に、本用紙をお入れください。

順番にお呼びしますので座ってお待ちください。

<患者さんへのお願い>

・紹介状、お薬手帳、マイナ保険証または健康保険証、お持ちの方は各種医療証、診察券をご持参ください。

・ご来院の際は、不織布マスク(サージカルマスク)の着用をお願いします。

・予約票が手元にない方は、受付窓口で「連携室予約」をお申し出いただき、紹介状をご提示ください。

診療情報提供書

小倉記念病院

令和 年 月 日

受診科

科

先生

医療機関名

所在地

T E L

F A X

医師名

ふりがな 患者氏名	性別 男 ・ 女	生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日
患者住所		電話番号

症病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果
治療経過
現在の処方
備考

- 備考
1. 必要がある場合は続紙に記載して添付してください。
  2. 必要がある場合は画像データ、検査データを添付してください。

# 小倉記念病院 MRI検査申込書

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

患者氏名

様

検査 希望日	第一 希望 年 月 日	第二 希望 年 月 日
-----------	-------------------	-------------------

※検査枠は火、水、木曜日となります。

下記、必要事項にご記入をお願いいたします。原則 **1 検査 1 部位** の依頼をお願いいたします。

<b>頭部</b>	<input type="checkbox"/> 脳(MRA含)	<input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> 副鼻腔	<input type="checkbox"/> 眼窩	<input type="checkbox"/> 小脳橋角部	左右
<b>頸部</b>	<input type="checkbox"/> 頸部	<input type="checkbox"/> 舌	<input type="checkbox"/> 咽頭			
<b>胸部</b>	<input type="checkbox"/> 縦隔	<input type="checkbox"/> 乳腺	<input type="checkbox"/> 肋骨	<input type="checkbox"/> 肩関節		
<b>腹部</b>	<input type="checkbox"/> 肝臓	<input type="checkbox"/> 胆嚢(MRCP含)	<input type="checkbox"/> 膵臓(MRCP含※ <sup>1</sup> )	<input type="checkbox"/> 腎臓	<input type="checkbox"/> 副腎	<input type="checkbox"/> 右
<b>骨盤部</b>	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣	<input type="checkbox"/> 前立腺	<input type="checkbox"/> 膀胱	<input type="checkbox"/> 直腸	<input type="checkbox"/> 股関節	<input type="checkbox"/> 左
<b>脊椎</b>	<input type="checkbox"/> 頸椎	<input type="checkbox"/> 胸椎	<input type="checkbox"/> 腰椎	<input type="checkbox"/> 仙椎		
<b>四肢</b>	<input type="checkbox"/> 上腕	<input type="checkbox"/> 肘関節	<input type="checkbox"/> 前腕	<input type="checkbox"/> 手関節	<input type="checkbox"/> 手	
	<input type="checkbox"/> 大腿	<input type="checkbox"/> 膝関節	<input type="checkbox"/> 下腿	<input type="checkbox"/> 足関節	<input type="checkbox"/> 足	
<input type="checkbox"/> 単純	<b>体内金属</b> <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無					
<input type="checkbox"/> 造影	※造影 MRI の場合、もれなくご記入ください					
	・3カ月以内の腎機能データ eGFR( ) クレアチニン( )					
	・アレルギー体質 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	・造影剤アレルギー <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	・喘息 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
	※腎機能低下 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 血液透析中					

※1:MRCP 検査依頼は、当日朝絶食をお願い致します。

※検査申込書とは別途、診療情報提供書をお願いいたします。

※検査の結果は後日、画像CD-ROMと共に郵送させていただきます。

# MRI 検査および造影剤使用に関する説明書

## 1. MRI 検査について

大きな磁石による磁気の中で、体の中にある水素原子の核磁気共鳴現象を測定し、さらにそれをコンピューターで解析し、人体の内部構造を画像化する検査です。

## 2. 検査の実施前に

①**注意**：危険ですので検査室内に金属製品や電子機器を持ち込まないでください。

体内にペースメーカー、植え込み型除細動器や人工内耳が入っている方は**検査ができません**。

また、脳動脈瘤クリップ、人工心臓弁、血管ステントなどの金属や電子機器、その他の手術などで磁性（磁石に引きつけられる性質）のあるものが体内に入っている方は検査ができない場合があります。

必ず主治医または検査担当者に申し出てください。

入室する際、

補聴器、装飾品、腕時計、ポケット中の鍵、エレキバン、使い捨てカイロ、湿布や貼る薬剤、磁気カード類や入れ歯などは外していただきます。場合によりアイシャドウなどのお化粧品も落とすていただくことがあります。

②**閉所恐怖症の方は検査ができない場合があります**。無理をなさらずにお申し出ください。

③**入れ墨をされている方は火傷、熱感や変色をきたす恐れがあります**。

④検査前の食事制限（MRCP 検査時のみ）：検査前 5 時間の絶食をお願いします。水・お茶のみ少量可。

## 3. 検査の実施

①検査着に着替えていただきます。その際、身につけている金属類をすべて取り外してください。

②検査室内に入り寝台に仰向け/腹這いになり、撮影を行います。15～60 分間（通常は 30 分以内）は姿勢を保ってください。撮像時には大きな音がしますが、耳栓などを使用することができます。

③必要に応じて造影剤を使用します。検査の途中で手や腕の血管（静脈）に注射、あるいは点滴の管を留置し造影剤を注入します。造影後に数回の撮影をして終了です。

## 4. MRI 造影剤について

常磁性のガドリニウムや鉄を含んだ薬剤である MRI 造影剤の注射を行う場合があります。ほとんどは前者のガドリニウム造影剤です。これら造影剤は腫瘍や炎症など病変をより鮮明に画像化し、一般に造影剤を使用しない単純 MRI より多くの情報が得られ、診断に役立つ場合が多いです。

造影剤使用の必要性の有無は放射線科医もしくは担当医が判断します。

造影剤を使用するとまれに以下のような副作用が起こることがあります。この場合の治療対応については通常の保険診療の取り扱いとなります。予めご了承ください。

※以前に造影剤を用いる検査で副作用のなかった方でも副作用が起こる可能性があります。

① **急性期**：

**軽い副作用**：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。

このような副作用の起こる確率は、約 100 人につき 1 人（1%）です。

**重い副作用**：呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。

このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症がのこる可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用が起こる確率は、約 1 万人につき 5 人以下（0.05%以下）です。

非常にまれですが、病状・体質によっては約 100 万人につき 1 人の割合（0.001%）で死亡する場合があります。

② **遅発性（数時間から数日後）**：発疹、じん麻疹、頭痛、吐き気、めまいなど

③ 造影剤は健康な方では 24 時間以内にほとんどが腎臓から尿中に排泄されます。腎機能が高度に悪い場合には、ごく稀ですが全身の皮膚が厚くなり臓器機能が低下する腎性全身性線維症という重篤な副作用が出る場合があります。透析中の方には造影剤を投与できないことがありますので御注意ください。

④ その他：造影剤を血管内に注入する際に、血管外に造影剤が漏れることがあり、これによる注射部位の腫れ、痛み、内出血を生ずることがあります。通常は時間が経てば自然に吸収されるので心配はありません。

この書類に、必要事項をご記入の上、FAXにてお申込み下さい。原本は検査当日ご持参下さい。

以下の当てはまる箇所に✓印を入れてください。“はい”を選ばれた方は、次項の適した選択肢を○で囲むか、いずれの選択肢にも該当しない場合は（ ）の中に具体的な言葉を書いてください。

1) 今までにMRI検査を受けたことがありますか？	口はい	口いいえ	(最終検査日 頃)
2) ペースメーカーなどの金属が体内にありますか？(金属片なども含む) 口はい 口いいえ ● “はい” にチェックを入れた方のみお答えください。 ・ いつ頃入れられましたか？ ( 年前) ・ どの様な金属を入れられましたか？当てはまるものを○で囲んでください。 [ペースメーカー 除細動器 人工内耳 動脈瘤クリップ 人工心臓弁 人工関節 金属片 入れ墨 その他 ( ) ]			
3) 今まで手術をされたことがありますか？ 口はい 口いいえ ● “はい” にチェックを入れた方のみお答えください。 ・ どの様な手術をいつ頃されましたか？ (手術: いつ: ) (手術: いつ: )			
4) 閉所恐怖症はありますか？ 口はい 口いいえ ※検査時はドーム内で30分程、動くことができません。			
5) 現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ 口はい 口いいえ 口わからない 現在、授乳中ですか？ 口はい 口いいえ			
6) 今まで、造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？ 口はい 口いいえ ● “はい” にチェックを入れた方のみお答えください。 ・ 検査はいつ頃ですか？ ( 年前) ・ どの様な検査を行いましたか？当てはまるものを○で囲んでください。 [ CT MRI 心臓カテーテル/血管造影 尿路造影 胆道造影 その他 ( ) ] ・ 検査の時、以下のような症状はありましたか？あれば症状を○で囲んでください [発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛 その他 ( ) ] ● 症状の出た方のみお答え下さい ・ いつ頃受けられた検査で症状が出ましたか？ ( 年 月頃) ・ 症状が出たのは検査後どのくらい時間が経っていましたか？ 口検査直後 口検査終了後 ・ 症状が出た際に検査を行った医療施設はどこですか？ 口 当院 口 他施設			
7) アレルギー体質あるいはアレルギー性の病気をお持ちですか？ 口はい 口いいえ ● “はい” にチェックを入れた方のみお答えください。 ・ どのようなアレルギーですか？当てはまるものを○で囲んでください。 [じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、アルコール 食物アレルギー ( ) 薬剤アレルギー( ) その他アレルギー ( ) ] ・ 現在アレルギーのお薬を飲んでいますか？ (薬剤名 )			
8) 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？ 口はい 口いいえ ● “はい” にチェックを入れた方のみお答えください。 ・ 最近いつ頃発作が起きましたか？ ( 頃) ・ 使用している内服薬、吸入剤はありますか？ (薬剤名 )			
9) 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか？ 口はい 口いいえ			

※ 検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

(患者 I D 氏名 様)

## MRI 造影剤使用に関する同意書

小倉記念病院 宛

私は、MRI 造影剤使用についての説明文書に基づき説明を受けました。  
MRI 造影剤使用の実施に関して、

- ☐ 希望します。
- ☐ 希望しません。

注：希望された後であっても、いつでも撤回することができます。

年 月 日

説明医師

年 月 日

ご本人署名 (続柄 )

※ご本人が承諾不能な場合は代諾者が署名

親権者署名

※検査を受けられる方が未成年の場合、親権者も  
ご署名願います。