

CT・MRI検査依頼書兼診療情報提供書

上福岡総合病院

ご依頼 医療機関名			
医師名			
ご予約日時	月 日		
	時 分より		

ご依頼方法	
①	下記へご連絡ください 上福岡総合病院 TEL：049-266-0111
②	本状をご本人へお渡しし、検査当日マイナ バーカードまたは資格確認証とともに予約時間 の20分前までに総合受付にお声がけいた だくよう、ご案内をお願いします。
③	検査後ご本人にCD-Rをお渡しし、読影結果 はFAX、原本は郵送させていただきます。

フリガナ			年齢	性別
患者様氏名			歳	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日		

診断名			
検査目的			

検査方法・部位にシ点を入れてください

CT				MRI			
<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影				<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 造影			
頭部	<input type="checkbox"/> ルーチン <input type="checkbox"/> 聴器 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 歯			頭部	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> VSRAD		
頸部	<input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 甲状腺				<input type="checkbox"/> 聴器・副鼻腔・眼窩等 <input type="checkbox"/> 顎関節		
胸部	<input type="checkbox"/> 肺野・縦隔			頸部	<input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA		
腹部	<input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腹部全体（上腹部～骨盤部）			胸部	<input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 乳房（造影のみ）		
骨盤部	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱・前立腺			腹部	<input type="checkbox"/> 腹部（肝胆脾臓） <input type="checkbox"/> 腹部（腎・副腎）		
脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎				<input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> EOB（肝臓）（造影のみ）		
上肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘		骨盤部	<input type="checkbox"/> 子宮・卵巣 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 肛門		
	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 前腕 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手		脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾椎		
下肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝		上肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 前腕	
	<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 下腿 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足			<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 手指	
その他				下肢	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 下腿	
					<input type="checkbox"/> 左	<input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 足趾	
					<input type="checkbox"/> 下肢MRA		
				その他	<input type="checkbox"/> 皮下腫瘍（部位： ）		
				その他			

注：造影CT・造影MRIのご依頼は別紙、「造影剤使用同意書」も作成いただき同封して下さい

MRI検査事前チェック票

紹介元医療機関スタッフの方へ

MRI検査をお受けになる患者さまに、下記項目をご確認いただき、
チェック項目にシ点とサイン、日付けの記入をお願いいたします。

患者さま氏名

※下記のような金属類があると検査が出来ない場合があります。

予約時に チェックを してください		チェック欄	手術した年月日	医師への確認	確認スタッフ サイン欄
	心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	「有」の場合は 検査が出来ません	<input type="checkbox"/> 済	下記へ日付けと サインをしてください
	人工内耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	DIBキャップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	手術用クリップ・コイル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	人工関節・ステント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	付属の医療機器	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	体内金属・タトゥー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	妊娠の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	義眼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	
	リブレ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 済	

【 検査手順及び注意事項 】

- ① 検査前にトイレに行ってください。検査は20分から1時間位かかります。
※ただし膀胱・前立腺のMRI検査の方は、検査1時間前からトイレは控えてください。
- ② MRCP検査を受ける方は、検査の6時間前から食事は禁止です。
水分摂取(水かお茶)は可能ですが、1時間前からは水分も禁止です。
薬を服用中の方は検査1時間前までにお飲み下さい。
※誤って飲食してしまった際は、御相談ください。検査が延期となる場合があります。
- ③ 音の大きい検査になります。大きい音が苦手な方は耳栓を持参してください。
- ④ 検査予定日の変更・キャンセルは、下記まで御連絡ください。

医療法人誠壽会 上福岡総合病院 電話：049-266-0111

上福岡総合病院	当日チェック項目	次の物は取り外して下さい。取り外しが出来ない場合、検査ができないことがあります。	チェック欄	上福岡総合病院 確認スタッフ サイン欄
		金属性や磁気を利用した製品の物 (時計・磁気ネックレス・安全ピン・ヘアピン・万歩計・携帯電話 ・ピアス・義歯・カイロ・補聴器・キャッシュカード・エレキバン ・ライター等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		磁性体を含む化粧(アイシャドー・カラーコンタクト・ネイル等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		酸素ボンベ・非MRI用ストレッチャー・非MRI用車椅子等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		その他(貼り薬・ニトロダーム等)・金属付きのブラジャーや下着 ・発熱繊維を使用した肌着(ヒートテック等)・増毛パウダー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	



CT・MRI検査を受けられる患者さまへ

検査予約日時

月 日 曜日 時 分～

※予約時間の20分前までにご来院ください

当日のお持物

- ・診療情報提供書 ・マイナンバーカードまたは資格確認証
- ・上福岡総合病院の診察券（お持ちの方のみ）
- ・MRI検査事前チェック票（MRI検査をお受けになる方のみ）
- ・CT・MRI造影剤検査問診表・同意書（造影剤検査の方のみ）

当日の食事・飲水

- 腹部以外の単純CT・MRI検査の方は飲食制限はありません。
- 腹部単純CT・MRI及び、全ての造影CT・MRI検査の方は医師からの指示がある場合を除き、検査3時間前より食事は摂らないで下さい。
尚、水・お茶・白湯の水分摂取は可能です。（造影剤検査後、注入した造影剤は尿から体外に排出されます。検査後は、普段より多めに水分を摂るようにして下さい。）
- MRCP検査の方は、検査6時間前より食事は摂らないで下さい。
水分は1時間前より摂らないで下さい。



当日の内服薬

- 心臓・高血圧の薬を服用中の方は通常どおりでお願い致します。
- ピクアナイド系糖尿病薬は検査前48時間、検査後48時間の服用は止めて下さい。
（造影CT検査のみ）



- 検査の変更・キャンセルは紹介元の先生または上福岡総合病院にお電話をお願い致します。
（月）～（金）9時～17時00分・（土）9時～13時00分 ☎049-266-0111

CT撮影時の注意

リブレを貼り付けている方はCT撮影は行えません。

交通のご案内

無料送迎バスのダイヤはホームページをご参照ください



お車でお越しの方へ



埼玉県ふじみ野市福岡931番地
※敷地内無料駐車場あり

上福岡駅から無料送迎バスをご利用の方へ



8：50から約15分間隔で
運行しています

ふじみ野駅から無料送迎バスをご利用の方へ



9：30から毎時30分
に出発しています

造影剤検査を受けられる方へ

今回実施する検査は”造影剤”という薬剤を使用して行う検査です。

一般に造影剤の使用により、病気の存在や状態がより詳しく正確に描出され、精度の高い診断に大変役立ちます。

この造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が発生することもあります。

- 1) 軽い副作用：吐き気、嘔吐、かゆみ、発疹などが、20～100人に1人の割合で発生しますが、多くは心配ありません。
- 2) 重い副作用：血圧低下、呼吸困難、意識障害などが、1000～2000人に1人の割合で発生します。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。
極めてまれですが、10万～100万人に1人の割合で死亡に至る例もあります。
- 3) 遅発性副作用：検査終了後数時間から数日後にも発生する場合があります。
残念ながら、こうした副作用はいつ発生するか事前に知ることができません。
また前回の検査で副作用がなくても、今回発生することもあります。

造影剤にはこうした副作用がありますが、あなたの病気を診断・治療するうえで、造影剤を使用した検査が非常に重要であると考えています。

万一副作用が発生しても、すばやく対応ができるようにしたうえで検査を行なっています。もし変だと感じたら、ためらわずにすぐおっしゃってください。

造影剤の注射中に、血管の外に造影剤が漏れることがあります。少量の漏れは心配いりません。極めてまれですが多量に漏れた場合は、別の処置が必要となります。

※現在妊娠又は妊娠している可能性のある方は原則として検査できません。

※授乳中の方は検査終了後CTでは48時間、MRIでは24時間授乳をお避けください。

※CT検査でヨード造影剤を使う時、糖尿病のお薬で、塩酸メトホルミン（メトグルコ・グリコラン・メデット・メルビン等）は検査前48時間、検査後48時間はお薬を飲まないで下さい。

MRI造影検査問診表・同意書

[検査日 月 日]

患者様記入欄

太い枠内のチェック・署名をしてください。

質問事項	回答欄	紹介元 確認 チェック欄
■MRI検査で、造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
そのとき副作用はありましたか。 症状 吐き気・じんましん・息苦しさ・その他（ ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■喘息といわれたことはありますか。（いつ頃 ）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■アレルギー性の病気・体質・薬物過敏症（薬物アレルギー等）の既往歴がありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
上記でアレルギーが「あり」の方は何のアレルギーですか（ ）		
■けいれん・てんかん発作をおこしたことはありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■今までに、次の病気にかかれたことがありますか。 [重篤な腎障害・腎機能の機能低下]	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■閉所恐怖症（狭い所が苦手）はありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■刺青・タトゥーが入っていますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
■現在の体重を記入してください。（ ）Kg		<input type="checkbox"/> 済み
女性の方へ		
■授乳中、妊娠中または妊娠している可能性がありますか。	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 済み
※なお検査予約後、上記の問診内容に変更点があった場合は検査当日までにお申し出ください。		
今回の検査に対して検査内容・造影剤の副作用の説明を受けました。 造影剤の使用に同意し検査を希望するとともに、万一副作用が出た場合は、 必要な治療、処置を受けることに同意します。		
年 月 日		
患者さま署名欄		
※ご本人が署名できない場合など （代理人氏名 続柄（ ）		

ご依頼医師記入欄

クレアチニン値 ml/dl	eGFR値 ml/min	採血日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 腎機能確認 <input type="checkbox"/> 医師より腎
医師署名欄 _____		

予約時確認者	検査当日確認者	検査時確認者
		看護師 放射線技師