

# 紹介患者様の予約通知書

紹介元医療機関 御中

医学研究所北野病院  
地域医療サービスセンター  
TEL 06-6131-2955  
FAX 06-6312-8620

この度、先生からご紹介のありました

患者 \_\_\_\_\_ 様 の

検査日時が次の通りに決まりましたので、ご通知申し上げます。  
なお、この「予約通知書」と「診療情報提供書(紹介状)」を患者様にお渡し頂き、  
『紹介患者様窓口』にご提出下さるようご指示をお願いします。

## 検査項目

## 検査日時

- ・ 検査時間の 30 分前 に「紹介患者様窓口」へお越し下さい。
- ・ 予約時間順に受付をいたしますので、早くお越し頂いても受付することができかねます。
- ・ なお、受診時間 9 : 00 の患者様は、8 : 45 から受付いたします。

患者様へ

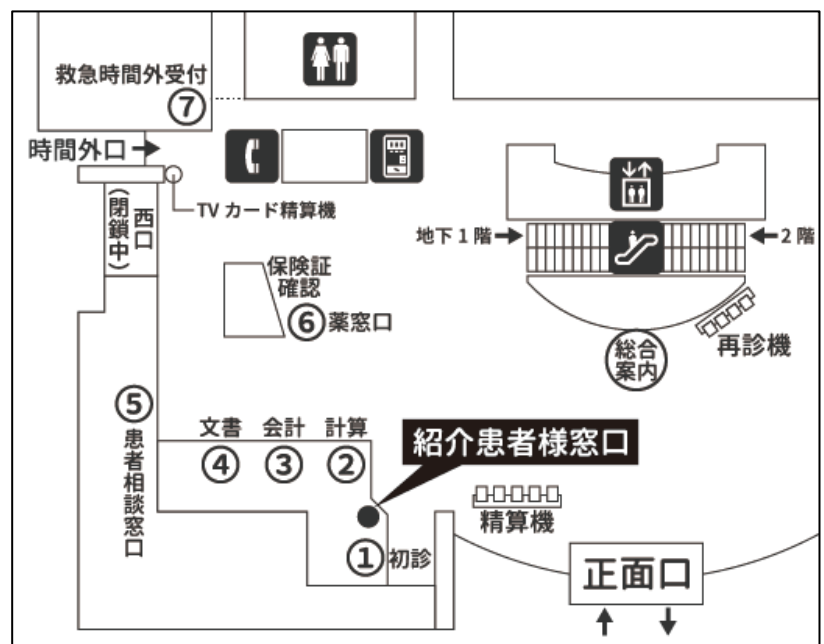
### 【当日ご持参いただくもの】

- ・ 診療情報提供書(紹介状)
- ・ 予約通知書(本状)
- ・ 健康保険証
- ・ その他、公費の医療証
- ・ 診察券(お持ちの方のみ)

### 【ご注意】

お薬をもらっている方は、  
お薬手帳をご持参ください。

\* 当日お越しいただく場所



## 《MRI（SPIO）検査を受けられる患者様へ》

MRI 検査を受ける前に必ず検査説明用紙をお読み頂き、検査について十分ご理解、ご納得された上で「問診票・同意書」の必要事項をご記入下さい。なお、検査当日このMRI 検査説明用紙と問診票・同意書をお持ち下さい。不明な点があれば担当医師・担当スタッフにお尋ね下さい。

検査場所： 地下1階 MRI 室

検査所要時間：約30～40分（検査内容により延長する場合あり）

### 【MRI 検査を受けられる患者様へ】

MRI (*Magnetic Resonance Imaging*) とは、磁気共鳴画像法と呼ばれ、磁気と電波を使用して、体内の臓器や血管を画像化する検査です。体内を詳しく画像に写し出すことができるため、様々な病気の早期発見や診断に非常に有効とされています。さらに痛みを伴わず、副作用もほとんどないため、安全な画像診断法と考えられています。また、MRI（SPIO）検査では、体内の状態をより詳しく検査するために、造影剤「リゾビスト」を使用する予定です。

※造影剤「リゾビスト」の使用について、MRI 担当放射線科医師の判断により変更する場合があります。

### 【検査をお受けになる前に】

(1) MRI 検査では、磁気と電波に影響を受ける物が体内にある方は、検査を受けることができない場合があります。次の項目に該当する方は、必ず事前に担当医師、担当スタッフにお知らせ下さい。なお検査室には磁気や電波に影響するものは持ち込めません。全て取り外していただきます。

#### ＜MRI 検査を受けることができない方＞

- ・心臓ペースメーカー、除細動器がある方
- ・人工内耳、埋込み式補聴器がある方
- ・植込み式薬剤注入ポンプがある方
- ・眼球内金属異物がある方
- ・外傷等による金属片がある方
- ・脳深部刺激装置など体内植込み機器がある方

※装置の設定変更、破損、体内損傷の可能性があります。

#### ＜検査を受けることができない可能性がある方＞

- ・体内に人工物がある方
- ・妊娠中（13 週未満）の方
- ・閉所恐怖症の方

※条件付きMRI 対応型機器を他院で植え込んでいる場合、原則当院では検査できません。該当する方は紹介元医療機関までご連絡をお願い致します。紹介元医療機関とご相談の上、当院で検査を実施することになった場合は、事前に当院で機器の専門診療科を受診していただく必要があります。診療費用は患者様負担になります。

(2) 食事・飲み物・お薬について

担当医師より食事制限のない方は、**検査予約時間の2時間前までに**食事をお済ませ下さい。

ただし、長時間の絶食は避けて下さい。飲み物は担当医師より水分制限が出ていなければご自由にお摂り下さい。また、お薬については担当医師より特別な指示がない限り、いつも通りお飲み下さい。

(3) MRI 検査当日、血液検査の指示が出ている場合は、血液検査を先にお済ませ下さい。

血液検査などで絶食の指示が出ている場合は、そちらの検査に合わせるようにして下さい。



(4) MRI 検査室には次のようなものは持ち込めません。

① 電子機器・磁気カード類：故障や使用不能になります。

(携帯電話・時計・補聴器・キャッシュカード・定期券など)

② 貼付薬：やけどや温度上昇により過剰吸収の恐れがあります。

(ニトロダーム・ニコチンパッチ・デュロテップパッチ・湿布・カイロ・鍼灸針など)

※貼付薬には一度外すと再度貼れないものがあります。替えが必要な場合はご持参下さい。

③ 衣服等：画像への影響、発熱の恐れがあります。

※金属の付いた下着・遠赤外線または保温性が非常に高い発熱衣服などは検査衣に着替えて頂く場合があります。(例：ヒートテック・ブラジャー)

④ 携行品：画像への影響、発熱、装置へ吸着される恐れがあります。

(眼鏡・入れ歯・コルセット・ヘアピン・かつら・ウィッグ・カラーコンタクト・杖など)

注意：化粧・ネイル・入れ墨は、やけどや変色の恐れがあります。マスカラやラメなど金属を含んだ化粧品のご使用はお避け下さい。入れ墨・タトゥーがある方は、必ず担当医師・担当スタッフにお知らせ下さい。

## 【造影剤「リゾビスト」を用いたMRI 検査を受けられる患者様へ】

今回の検査では、造影剤「リゾビスト」を静脈に注射します。「リゾビスト」は、肝臓に特異的に集まり、肝臓病変の有無等がよりわかりやすくなります。造影剤は安全な薬剤ですが、すべての薬剤と同様にアレルギー反応による副作用が出る可能性があります。ほとんどの症状は、軽度で一時的なものが多く、自然に軽快するのが通常です。しかし、ごくまれに重篤な副作用が出る可能性があり、100 万人に 1 人ぐらいの死亡例も報告されています。検査中、万一アレルギー反応による副作用が確認されれば、すぐに専門の担当医師による診察を受けて頂きます。診療費用は患者様のご負担になります。特に、気管支喘息・薬剤アレルギーがある方はお知らせ下さい。その内容によっては、造影剤を使用しない検査に変更する場合があります。検査終了後、数時間から数日後に副作用の症状が疑われる場合は、北野病院までご連絡をお願いします。症状によっては処置・加療・入院が必要な場合があります。診療費用は患者様のご負担になります。近隣の医療機関を受診された場合は、SPIOMRI 検査を受けたことをお伝え下さい。

また、造影剤「リゾビスト」の使用する際には注意点があります。安全に検査を行うために次のような項目に該当される方は、必ず担当医師・担当スタッフにお知らせ下さい。

### ＜軽度な副作用＞

吐気・嘔吐・じんましん・頭痛・発赤・めまい・かゆみ など。 自然に軽快するのが通常です。

### ＜重篤な副作用＞

呼吸困難・血圧低・意識障害・咽頭喉頭浮腫・中毒性表皮融解症等

※治療が必要で後遺症が残る可能性もあります。

### ※造影剤「リゾビスト」投与時は次のことに注意して下さい。

① 「リゾビスト」または、鉄注射剤に対してアレルギー症状が出たことがある方

② ヘモクロマトーシス等鉄過敏症・気管支喘息・アレルギーのある方

③ 出血あるいは出血傾向がある方

④ 貧血治療のための鉄製剤を服用されている方

⑤ 発作性夜間血色素尿症の方

⑥ 検査予定日の 3 週間前までに「リゾビスト」を使用した検査を受けた方

⑦ 妊娠中・授乳中の方 (48 時間は授乳を避ける必要があります。)



## 【検査の流れ】

- (1) 検査に影響するような金属類、携行品をロッカーに入れていただき、金属チェックをします。検査の内容によっては検査衣に着替えていただきます。
- (2) 基本的に検査台に仰向けに寝ていただき、トンネル状の装置に入っていきます。息止めの必要がない検査では、耳栓と騒音防止用のヘッドフォンをしていただきます。息止めが必要な検査では、音声聞こえるヘッドフォンをしていただきます。通常、身体を動かさず、30～40分程度の時間がかかります。
- (3) 造影剤は、検査の途中で静脈より注射をします。通常、注射器を使って手で注入します。「造影剤漏れの有無」「副作用の有無」を確認しながら検査をしますが、血管が細い場合やもろい場合造影剤が漏れることがあります。注射部位の腫れやアレルギー症状が確認されれば、必要に応じて専門の医師による診察を受けていただきます。症状によっては皮膚科や救急部を受診していただく場合もあります。  
(※診療費用は患者様のご負担になります。)  
※注射の針が入らない場合、造影剤を使用しない検査に変更する場合があります。
- (4) 検査中は、ブザーをお渡しします。気分不良などがあればブザーでお知らせ下さい。

## 【検査後の注意事項】

- (1) 止血用絆創膏は約5分間しっかり押さえて下さい。貼ったままにしていると皮膚かぶれの原因になるため、約20分後に血が止まっているか確認してお外し下さい。血が止まっていない場合は再度押さえて下さい。
- (2) 検査後、食事・飲み物は通常通りお摂り下さい。  
ただし、他の検査等で絶飲食の指示があれば、そちらの指示に合わせて下さい。
- (3) 授乳中の方で造影剤を使用した場合、検査後2日間(48時間)は授乳をお避け下さい。
- (4) MRI検査後に、血液検査以外の検査に影響することはありません。血液検査を行う場合は2～3日空けて下さい。
- (5) 担当医師よりシャワー制限の指示がない場合は、検査3～4時間後、注射した部分の血が止まっていれば可能です。注射したところを強くこすらないように注意して下さい。

## 【その他】

- (1) 会計について  
MRI検査の会計につきましては、検査当日、検査後にお支払い頂きます。  
検査終了時にお渡しするファイルを1階の②計算窓口にお出し頂き、計算をお済ませ下さい。次に自動精算機(月～金曜日午後6時まで、土曜日午後2時まで使用可能)もしくは③会計窓口(月～金曜日午後7時まで、土曜日午後2時45分まで可能)でお支払いをお願いします。なお、MRI検査以外に診察や他の検査がある方は、すべて終了してからで構いません。
- (2) お問い合わせ先  
お問合せいただく内容によって連絡先が異なります。検査内容に関することはなるべく月曜日から金曜日の午後3時～午後4時30分(但し休診日除く)にご連絡をお願いします。  
■検査のキャンセル・変更、検査内容に関すること・・・北野病院地域医療サービスセンター  
06-6131-2955  
■造影剤による副作用が疑われる場合・・・(診療時間内) 北野病院地域医療サービスセンター  
06-6131-2955  
(診療時間外) 代表電話 06-6312-1221  
(救急部を呼び出して下さい。)  
<診療時間> 平日:午前9時～午後4時45分 土曜日:午前9時～午後2時30分  
休診日:第2・第4土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日～1月3日)  
※2023年4月から土曜日は休診日となります。



ご不明な点は担当医師、担当スタッフにお尋ね下さい。検査についてよくご理解、ご納得されてから同意書欄にご署名を頂き、検査日にMRI室までお持ち下さい。ご署名後であっても検査を取り止めることは可能です。

《医師チェック項目》※検査依頼時にご確認お願い致します。当てはまる方にチェック☑を入れて下さい。

1) 絶対禁忌（機器の機能停止・破損・体内損傷の危険性あり）

- |   |   |
|---|---|
| 1. 心臓ペースメーカー・除細動器                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2. 埋込み式補聴器・人工内耳・埋込み式薬剤注入ポンプ             | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 眼球内金属異物・外傷などによる金属片等                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 脳深部刺激装置・脊髄刺激装置などの体内植込み機器             | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 5. 24時間心電図、インスリンポンプ・持続グルコース測定器（CGM/FGM） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

※条件付きMRI対応型機器を他院で植え込んでいる場合、原則当院では検査できません。

該当する方は紹介元医療機関までご連絡をお願い致します。紹介元医療機関とご相談の上、当院で検査を実施することになった場合は、事前に当院で機器の専門診療科を受診していただく必要があります。診療費用は患者様負担になります。

2) 担当医師の判断が必要（磁性体の強さや材質によっては検査できない可能性あり）

- |  |   |
|--|---|
| 1. 脳動脈瘤クリップ・大動脈クリップ<br>(1990年以前の材質は磁性体の可能性あり) 手術年：西暦_____年 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2. スワンガンツ・イレウス管・硬膜外チューブ・人工心臓弁                              | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 血管・消化管内のステント・コイル・フィルター                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. シャントチューブ・メドスシャント（失調や圧調整の乱れあり）                           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 5. 整形外科的な人工骨・人工関節・骨接合ネジ 手術年：西暦_____年                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 6. 鍼治療の針・避妊リング   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 7. 入れ墨 ※眉も含む（やけど・変色の可能性あり）                                 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 8. 貼付薬（デュロテップパッチ・ニトロダーム・フランドルテープ等）                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 9. 閉所恐怖症   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 10. 義眼（材質によっては磁性体の可能性あり）                                   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 11. 妊娠の可能性・妊娠中（週数：_____週）※13週未満は原則検査を行いません。                | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

※ 造影剤「リゾビスト」を投与するため、次の項目も確認して下さい。

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. 「リゾビスト」または鉄注射剤に対して、アレルギー症状が出たことがある | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2. 出血・出血傾向・貧血治療のため鉄剤を服用している           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. ヘマクロマトーシス等鉄過敏症・発作性夜間血色素尿症である       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 気管支喘息・薬剤アレルギーがある                   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 5. 検査予定日の3週間以内に「リゾビスト」の使用歴がある         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 6. 授乳中の方（48時間は授乳を避ける必要があります）          | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

【 MRI検査 同意書 】

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 病院長殿 説明日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者様にMRI検査を施行可能か確認し、検査について説明しました。

説明医師署名：\_\_\_\_\_

【医学研究所北野病院医師】

確認医師署名：\_\_\_\_\_

私は、検査の内容や必要性、危険性を理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

- ・上記《医師チェック項目》に誤りはありませんか。 はい いいえ
- ・造影剤「リゾビスト」の使用に同意されますか。 はい いいえ
- ・検査に必要なため体重のご記入をお願い致します。（\_\_\_\_\_ Kg）

同意日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者様署名：\_\_\_\_\_

同席者・代理人：\_\_\_\_\_

（続柄：\_\_\_\_\_）

※患者様ご本人が未成年や同意能力がない場合、署名困難な場合代理人の方がご署名をお願い致します。

【医学研究所北野病院記入欄】 検査実施日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 検査名：MRI（SPIO）



ご不明な点は担当医師、担当スタッフにお尋ね下さい。検査についてよくご理解、ご納得されてから同意書欄にご署名を頂き、検査日にMRI室までお持ち下さい。ご署名後であっても検査を取り止めることは可能です。

《医師チェック項目》※検査依頼時にご確認お願い致します。当てはまる方にチェック☑を入れて下さい。

1) 絶対禁忌（機器の機能停止・破損・体内損傷の危険性あり）

- |   |   |
|---|---|
| 1. 心臓ペースメーカー・除細動器                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2. 埋込み式補聴器・人工内耳・埋込み式薬剤注入ポンプ             | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 眼球内金属異物・外傷などによる金属片等                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 脳深部刺激装置・脊髄刺激装置などの体内植込み機器             | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 5. 24時間心電図、インスリンポンプ・持続グルコース測定器（CGM/FGM） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

※条件付きMRI対応型機器を他院で植え込んでいる場合、原則当院では検査できません。

該当する方は紹介元医療機関までご連絡をお願い致します。紹介元医療機関とご相談の上、当院で検査を実施することになった場合は、事前に当院で機器の専門診療科を受診していただく必要があります。診療費用は患者様負担になります。

2) 担当医師の判断が必要（磁性体の強さや材質によっては検査できない可能性あり）

- |  |   |
|--|---|
| 1. 脳動脈瘤クリップ・大動脈クリップ<br>(1990年以前の材質は磁性体の可能性あり) 手術年：西暦_____年 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2. スワングアンツ・イレウス管・硬膜外チューブ・人工心臓弁                             | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 血管・消化管内のステント・コイル・フィルター                                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. シャントチューブ・メドスシャント（失調や圧調整の乱れあり）                           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 5. 整形外科的な人工骨・人工関節・骨接合ネジ 手術年：西暦_____年                       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 6. 鍼治療の針・避妊リング   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 7. 入れ墨 ※眉も含む（やけど・変色の可能性あり）                                 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 8. 貼付薬（デュロテップパッチ・ニトロダーム・フランドルテープ等）                         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 9. 閉所恐怖症   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 10. 義眼（材質によっては磁性体の可能性あり）                                   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 11. 妊娠の可能性・妊娠中（週数：_____週）※13週未満は原則検査を行いません。                | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

※ 造影剤「リゾビスト」を投与するため、次の項目も確認して下さい。

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. 「リゾビスト」または鉄注射剤に対して、アレルギー症状が出たことがある | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2. 出血・出血傾向・貧血治療のため鉄剤を服用している           | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. ヘマクロマトーシス等鉄過敏症・発作性夜間血色素尿症である       | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 気管支喘息・薬剤アレルギーがある                   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 5. 検査予定日の3週間以内に「リゾビスト」の使用歴がある         | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 6. 授乳中の方（48時間は授乳を避ける必要があります）          | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |

【 MRI検査 同意書 】

公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 病院長殿 説明日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者様にMRI検査を施行可能か確認し、検査について説明しました。

説明医師署名：\_\_\_\_\_

【医学研究所北野病院医師】

確認医師署名：\_\_\_\_\_

私は、検査の内容や必要性、危険性を理解した上で、MRI検査を受けることに同意します。

- ・上記《医師チェック項目》に誤りはありませんか。 はい いいえ
- ・造影剤「リゾビスト」の使用に同意されますか。 はい いいえ
- ・検査に必要なため体重のご記入をお願い致します。（\_\_\_\_\_ Kg）

同意日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

患者様署名：\_\_\_\_\_

同席者・代理人：\_\_\_\_\_

（続柄：\_\_\_\_\_）

※患者様ご本人が未成年や同意能力がない場合、署名困難な場合代理人の方がご署名をお願い致します。

【医学研究所北野病院記入欄】 検査実施日：西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日 検査名：MRI（SPIO）

