

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

■来院時間

受診時間の30分前（受付開始が8:45のため、受診時間が9:00の場合は8:45来院）
1階の紹介患者受付にお越し下さい。

■受付方法

紹介患者受付タッチパネルで番号札を取ってお待ち下さい。
予約時間に合わせお呼び出しさせていただきます。

■当日の持参物

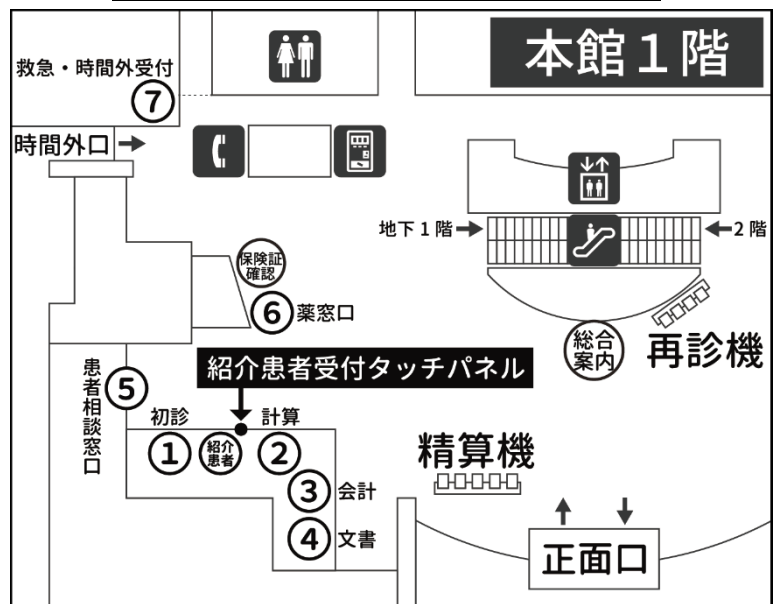
- ・予約通知書（本状）
- ・診療情報提供書（紹介状）
- ・マイナンバーカード
（お持ちでない場合は健康保険証）

※お持ちの方のみ

- ・診察券
- ・お薬手帳
- ・公費受給者証

■その他の連絡事項

紹介患者受付のご案内



《MR I 検査を受けられる患者様へ》

MR I 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MR I 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）

【MR I 検査を受けられる患者様へ】

MR I (*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、体内の状態をより詳しく検査するために、ガドリニウム造影剤を使用する場合があります。造影剤を使用するかどうかは、病状により医師が決定致しますので、必ず事前にご確認下さい。

「単純検査」の方は、造影剤を使用しないMR I 検査を予定しています。

「所見により造影の可能性あり」の方は、MR I 担当放射線科医師が検査時に造影剤の有無を決定します。

※造影剤の使用について、MR I 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) MR I 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。

<MR I 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MR I 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

「単純検査」の方は、特に飲食の制限はありません。担当医師から特別な指示がない限り、飲食はご自由にお摂り下さい。

「造影検査」・「所見により造影の可能性あり」の方は、担当医師より食事制限がなければ検査予約時間の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（ガドリニウム）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(ガドリニウムという重金属を無毒化したもの)を静脈より注射します。造影剤を使用することで、病変部位や血流状態などをより詳しく調べることができます。造影剤は安全な薬剤ですが、他の薬剤と同様に、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が、ごくまれに重篤な副作用が出る可能性もあり、100万人に1人ぐらいの死亡例も報告されています。検査中に、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、造影MRI 検査を受けたことをお伝え下さい。

＜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・血圧低下・咽頭喉頭浮腫・意識障害など。 ※治療が必要で後遺症が残る可能性もあります。

＜原則造影検査を行わない方＞

- ・気管支喘息がある方
- ・ガドリニウム系造影にアレルギーの既往がある方
- ・透析をされている方
- ・腎機能が重度低下している方
- ・妊娠中の方

※腎臓に重い障害がある場合、極めてまれに腎性全身性線維症 (NSF) を発症した報告があります。腎性全身性線維症とは、腎臓に重い障害がある方、透析をされている方においてガドリニウム造影剤の投与後数日から数ヶ月、数年後に皮膚の腫脹や硬化を発症し、進行すると関節に拘縮をきたします。腎不全、腎機能低下の恐れがある患者様は必ず担当医師にお知らせ下さい。

【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、音声がかき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) 造影剤を使用する場合は、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が、検査の内容によっては、造影剤自動注入器を使用する場合があります。どちらの場合も、「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があります。
(※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) MR I 検査後に血液検査や尿検査を行なっても問題ありません。
- (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

MR I 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、MR I 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5時

休診日：土曜日、日曜日、祝日、年末年始(12月29日～1月3日)

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・植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
(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antz・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 |

※「造影検査」・「所見により造影の可能性あり」の場合は次の項目も確認して下さい。

- | | |
|---|---|
| 1. 透析をされている ・ 腎機能重度低下の恐れがある
腎機能低下のリスクがある場合は腎機能評価をお願い致します。
eGFR： mL/min/1.73 m ² (検査日：西暦 年 月 日)
(特に eGFR が 30 mL/min/1.73 m ² 未満の場合は北野病院放射線科医師にご相談下さい。) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2. ガドリニウム系造影剤に対して過敏症の既往歴がある | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 気管支喘息・薬剤アレルギー（薬剤名：) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 授乳中（母乳保育中の方は造影検査後48時間授乳できません。） | <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。

【医学研究所北野病院医師】

説明医師署名： _____

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「ガドリニウム」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： _____

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・植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
(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antz・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 |

※「造影検査」・「所見により造影の可能性あり」の場合は次の項目も確認して下さい。

- | | |
|---|---|
| 1. 透析をされている ・ 腎機能重度低下の恐れがある
腎機能低下のリスクがある場合は腎機能評価をお願い致します。
eGFR： mL/min/1.73 m ² (検査日：西暦 年 月 日)
(特に eGFR が 30 mL/min/1.73 m ² 未満の場合は北野病院放射線科医師にご相談下さい。) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 2. ガドリニウム系造影剤に対して過敏症の既往歴がある | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 気管支喘息・薬剤アレルギー（薬剤名：) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 授乳中（母乳保育中の方は造影検査後48時間授乳できません。） | <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。

【医学研究所北野病院医師】

説明医師署名： _____

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》に誤りはありますか。 はい いいえ
- ・造影剤「ガドリニウム」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： _____