

# 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

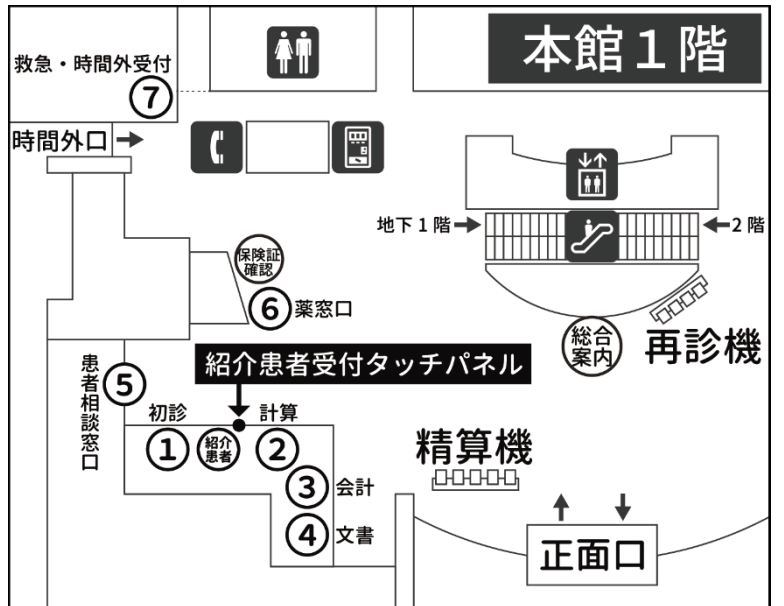
- ・予約通知書 (本状)
- ・診療情報提供書 (紹介状)
- ・同意書
- ・マイナンバーカード  
(お持ちでない場合は健康保険証)

※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



## 《MRI（MRCP）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、体内の状態をより詳しく検査するために、造影剤「ボースデル」を使用する予定です。

※造影剤「ボースデル」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、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4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、少量の摂取は構いません。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「ボースデル」を用いたMRI検査を受けられる患者様へ】

今回の検査で使用する造影剤「ボースデル」とは、マンガンが含まれた液体です。この造影剤を飲んで腹部のMRI検査を行うと、消化管(胃・十二指腸)と周りの臓器(膵臓・胆のう)との区別がはっきりします。また膵管や胆管がはっきり見えるようになり、病気の診断や治療方針が決定する上で欠かせない情報がより得やすくなります。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が、ごくまれに重篤な副作用が出る可能性があります。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。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、MRI(MRCP)検査を受けたことをお伝え下さい。

また、造影剤「ボースデル」の服用には注意すべき点がいくつかあります。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、服用前に必ず担当医師・担当スタッフにお知らせ下さい。

<主な副作用>

・軟便 ・下痢 ・腹痛 ・腹鳴 ・悪心 ・腹部膨満 ・胸やけ ・眠気 ・頭痛 など

※自然に軽快するのが通常です。

### ※造影剤「ボースデル」服用時は次のことに注意して下さい。

①「ボースデル」を服用して、アレルギー症状が出たことがある。

②消化管穿孔・またはその疑いがあると言われている。

(造影剤がお腹の中にもれることにより、腹膜炎等の重篤な症状を引き起こす可能性があります。)

③担当医師より水分の摂取を制限されている。

④胃・十二指腸・胆のう・膵管等の外科手術を受けたことがある。

⑤テトラサイクリン系経口抗生物質・ニューキノロン系経口抗菌剤・セフジニルを服用している。

(薬剤作用が減弱する恐れがあるため、造影後3時間程度服用時間をあける必要があります。)

⑥妊娠中の方・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。検査衣に着替えていただき、造影剤「ボースデル」約250ccを飲んでいただきます。

(2) 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。検査中は通常息止めが必要になるため、音声が聞こえるヘッドフォンをしていただきます。息止め時間はおよそ15秒前後です。通常、身体を動かさず、30~40分程度の時間がかかります。息止めが不可能な場合、息止めをしない検査方法に変更することがあります。

(3) 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) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。

## 【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<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. シヤントチューブ・メドスシヤント (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、マグネットネイル、ジェルネイル (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「ボースデル」を服用するため、次の項目も確認して下さい。

- |   |   |
|---|---|
| 1. 「ボースデル」を服用して、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. 消化管穿孔・またはその疑いがある                               | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 水分制限がある  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 胃・十二指腸・胆のう・膵管等の外科手術を受けたことがある。                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 5. テトラサイクリン系経口抗生物質・ニューキノロン系経口抗菌剤<br>セフジニルを服用している。 | <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 (MRCP) 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「ボースデル」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 (MRCP)

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<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. シヤントチューブ・メドスシヤント（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、マグネットネイル、ジェルネイル（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「ボースデル」を服用するため、次の項目も確認して下さい。

- |   |   |
|---|---|
| 1. 「ボースデル」を服用して、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. 消化管穿孔・またはその疑いがある                               | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 3. 水分制限がある  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 4. 胃・十二指腸・胆のう・膵管等の外科手術を受けたことがある。                  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 5. テトラサイクリン系経口抗生物質・ニューキノロン系経口抗菌剤<br>セフジニルを服用している。 | <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 (MRCP) 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「ボースデル」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 (MRCP)