

泌尿器疾患 画像検査依頼状(診療情報提供書)

年 月 日

順天堂大学医学部附属静岡病院
地域医療連携室 行

FAX 055-948-2103(直通)

※ 10～20分以内で折り返しお返事致します。

| | |
|-------|---|
| ご紹介元 | |
| 医療機関名 | |
| 医師 | 印 |
| FAX番号 | |

患者氏名 殿 (男・女)
生年月日 年 月 日生 歳
住所 電話番号

身長 cm 体重 kg

病名【 ※ 必ずご記入下さい。】

紹介目的等をご記入下さい。

| 検査項目 | |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> CT | 検査部位 腹部・脊椎・骨盤・前立腺・膀胱・腎臓・その他() 造影剤使用 有・無 CT造影有の場合 (動脈相・静脈相・排泄相) CT撮影条件 (5mmスライス・1cmスライス) 喘息 (有・無) 腎機能 (良・不良) Cre()※ 3ヶ月以内のデータを記入して下さい。 薬物アレルギー (有・無) 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・MRI用体内金属ドクターチェックのご提示をお願いします。 ・造影剤の使用にあたっては、MRI検査又はCT検査に関する説明と同意書のご提示をお願いします。 |
| <input type="checkbox"/> 骨シンチ | 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・放射線医薬品使用承諾書のご提出をお願いします。 ・同一月内のGaシンチとPET-CTは、保険対象外となります。 ・食事制限や前処置等の指示は、予約時に確認して下さい。 |
| <input type="checkbox"/> PET-CT | 検査目的 良・悪性鑑別・病期診断・転移検索・再発診断 腫瘍マーカー ()・()・不明 糖尿病 (有・無) ※ 施行済画像 CT・MRI・US・その他() 注意事項 <ul style="list-style-type: none"> ・PET-CT検査同意書のご提出をお願いします。 ・同一月内の同一病名による複数回のPET検査は適応になりません。 ・悪性腫瘍病名(確定) ただし早期胃癌を除き悪性リンパ腫を含む ・他の検査、画像診断(※1)により病期診断、転移、再発の診断ができない患者 (※1)他の検査、画像診断とは、CT、MRI、超音波検査、消化管造影、マンモグラフィー等 |

当院受診の有無 有・無

当院に受診歴のない場合は、新規に患者様のIDを作成し予約させていただきます。

MRI用体内金属ドクターチェック

ID : 患者氏名 : 問診日 :

オーダー時確認項目

禁忌項目 (患者基本への入力必須)

検査可能

- 人工内耳の植え込み
- 心臓ペースメーカー (ICD含む) 植え込み
- 体内埋め込み式インスリンポンプ
- 磁石式人工肛門

入院用術後確認項目

- J-VAC
- 硬膜外麻酔チューブ等に接続されている注入器具
- スワングンツカテータル

特殊機器確認項目

- 深部脳刺激装置 (DBS)
- 迷走神経刺激装置
- 骨成長刺激装置

手術による影響項目 (場合によって検査可能)

検査可能

- 金属製の心臓人工弁 (1964年以前)
- 血管や胆道、尿道、気管支にステントが入っている
- 2000年 (平成12年) 以前に脳動脈瘤 (くも膜下出血) にて、クリッピング術・コイルリング術等の手術を受けた事がある。

その他手術名 :

注意事項 (検査を中断する場合があります)

チェック

- 刺青 (発熱・変色の恐れがあります)
- 金属研磨業で働いたことがある (失明の恐れがあります)
- 妊娠している (12週以上が望ましい)

造影検査の場合、3か月以内採血結果が必要となります

造影剤を使用した MRI 検査に関する説明書と同意書

検査説明担当医師

この用紙は、あなたが受ける MR(核磁気共鳴)検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け下記 MRI 検査用造影剤に対する留意事項もご確認ください。

1. 検査概要

MRI 検査は、X 線を使用する CT 検査などと異なり、磁場を利用した核磁気共鳴の原理を用いてからだの中の水素原子の分布を画像化する検査です。必要に応じて MRI 検査用造影剤を注射する場合があります。

2. MRI 検査用造影剤の使用の必要性

MRI 検査用造影剤(Gd 製剤など)は、検査する臓器の形をはっきりさせ、病気の存在診断や性質の診断に有用で、さらに MRI 検査で血管を撮影する時に幅広く使用されています。CT 検査や血管造影検査で使用されるヨード造影剤とは異なる造影剤です。MRI 検査では有益な薬剤ですが、稀に副作用を起こすことがあります。

3. MRI 検査用造影剤による副作用

造影剤を注射すると、稀にアレルギー反応(1.5%以下の頻度でじんま疹、くしゃみ、吐き気、発熱、背部痛など)を起こすことがあります。ほとんどの場合、一過性の軽微な症状で様子を見るだけで消退します。非常に稀に(0.1%未満)血圧低下、呼吸障害などの重篤な症状を起こすこともあり、約 20 万人～45 万人に 1 人と推定される頻度で重篤な症状を呈し、死亡の報告もあります。造影剤注射後数日経過してから軽度な症状が現れることもあります。これらの症状を副作用と呼びます。また、注射に伴い血管外漏出のリスクがあり、血管外漏出を生じた場合、コンパートメント症候群という、しびれや血流の低下という副作用を生じる場合があります。

4. 最近報告された新しい副作用

腎障害のある方に Gd 製剤を使用した場合に難治性の腎性全身性繊維症という副作用の出現が稀に報告されています。腎機能障害、腎臓疾患の既往のある方は、検査説明担当医師に必ず申し出て下さい。

造影剤に関する不明な点や造影剤を使用したくないという場合には、遠慮なくお申し出ください。

※他の医療機関で意見を聞く権利があります。セカンドオピニオンについては、遠慮なく主治医に申し出てください。

※いったん同意書を提出しても、治療（検査）が開始されるまでは、本治療（検査）を受けることをやめることができます。やめる場合にはその旨を下記まで連絡してください。

※本治療（検査）について質問がある場合や、治療（検査）を受けた後緊急の事態が発生した場合には、下記まで連絡してください。

【連絡先】

住所：静岡県伊豆の国市長岡 1129 番地

病院：順天堂大学医学部附属静岡病院

電話：055-948-3111

科（主治医： ）

検査施行同意書

私は検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、造影剤を使用することにより稀に副作用が起こり得ることも理解し、造影剤を使用した MRI 検査に同意します。

以上を説明しました。

年 月 日

紹介元医療機関

所属科

担当医：氏名

印

押印なき場合は自署のこと

自署：

以上の説明を受けました。

検査に同意します。

年 月 日

患者本人氏名：

代諾者氏名：

同席者氏名：

※患者もしくは代諾者どちらか一方は自署に限る