

津山第一病院CT検査受診案内

紹介医療機関
津山第一病院

◆ ツヤマ タロウ 様

◆ 腹部 CT 《単純＋造影》

予約時間： 2018年 4月 1日(日) 10時00分

ご持参いただくもの

保険証 紹介状 CT検査受診案内 造影検査問診票

- ・ 予約時間の30分前までに、津山第一病院 総合受付窓口へ保険証等を提出して下さい。
時間に遅れないようにお願いいたします。
- ・ 腹部検査及び造影剤を使用する検査を受けられる方へ
 - ◎ 午前検査の方は朝食を食べないで下さい
 - ◎ 午後検査の方は昼食を食べないで下さい
(ただし、水、お茶、薬は飲んで構いません)
- ・ 薬を服用されている方は医師または看護師にご確認ください
- ・ 検査時間は、15分～30分程かかります。
- ・ 検査の都合上、予約時間通りできない場合もあります。ご了承ください。

【アクセス方法】

- ・ JR津山駅より車で約10分・JR院庄駅より車で約3分
- ・ 院庄I.Cより車で約5分 ・ 中鉄バス乗入れ
- ・ ごんごバス乗入れ



※ ご都合により検査当日にご来院できない場合は、お早めに津山第一病院 放射線科までご連絡下さい

津山第一病院 放射線科

電話：0868-28-2211(代表)

受付時間：平日：午前8時30分～午後5時

受付時間：木曜：午前8時30分～正午

☆ 土曜日の午後検査予約の方は
ER入り口よりお入りください

津山第一病院CT検査予約用紙

いつもご紹介をいただきありがとうございます。
下記の通りご予約させていただきましたので、
お手数ですが内容をご確認のうえ**太枠のみご記入**いただき
Faxにてご返送ください。

ID

紹介医療機関
津山第一病院

FAX (0868) 28-2280

予約日時：2018年4月1日（日） 10時00分

腹部 CT 《単純+造影》

通信欄

漢字氏名	ツヤマ タロウ	男 ・ 女
生年月日	大正 昭和 平成	年 月 日
住 所	〒	TEL

通信欄 *保険情報等お知らせいただける情報があればご提供下さい（コピーでも結構です）

津山第一病院MRI検査受診案内

紹介医療機関

津山第一病院

◆ ツヤマ タロウ 様

◆ 頭部 MRI 《単純》

予約時間 2018年4月1日(日) 10時00分

ご持参いただくもの

保険証 紹介状 MRI検査受診案内 MRI検査問診票

・予約時間の30分前までに、津山第一病院 総合受付窓口へ保険証等を提出して下さい。
時間に遅れないようにお願いいたします。

・腹部検査及び造影剤を使用する検査を受けられる方へ

◎午前検査の方は朝食を食べないで下さい

◎午後検査の方は昼食を食べないで下さい

(ただし、水、お茶、薬は飲んでも構いません)

・検査時間は、30分～1時間程かかります。

・検査の都合上、予約時間通りできない場合もあります。ご了承ください。

・次のような金属類は検査室に持ち込めません。 ※ヘアピン、ネックレス、イヤリング
ベルト、エレキバン、カイロ、カード、時計、指輪、入れ歯、アイシャドーなど

【アクセス方法】

- ・JR津山駅より車で約10分・JR院庄駅より車で約3分
- ・院庄I.Cより車で約5分 ・中鉄バス乗入れ
- ・ごんごバス乗入れ



※ ご都合により検査当日にご来院できない場合は、
お早めに津山第一病院 放射線科までご連絡下さい

津山第一病院 放射線科

電話:0868-28-2211(代表)

受付時間:平日:午前8時30分～午後5時

受付時間:木曜:午前8時30分～正午

☆土曜日の午後検査予約の方は
ER入り口よりお入りください

津山第一病院MRI検査予約用紙

ID

いつもご紹介をいただきありがとうございます。
下記の通りご予約させていただきましたので、
お手数ですが内容をご確認のうえ**太枠のみ**ご記入いただき
Faxにてご返送ください。

紹介医療機関
津山第一病院

FAX (0868) 28-2280

予約日時：2018年4月1日（日） 10時00分

頭部 MRI 《単純》

通信欄

漢字氏名	ツヤマ タロウ	男	・	女
生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
住 所	〒	TEL		

通信欄 * 保険情報等お知らせいただける情報があればご提供下さい (コピーでも結構です)

津山第一病院 MRI検査問診表

検査日：

フリガナ

患者氏名：

年齢：

歳

性別： 男性 / 女性

体重：

kg

問診日： 年 月 日

- ① 心臓ペースメーカー・体内埋め込み型電子機器装着（ICD、人工内耳等）の方
・水頭症で可変式シャントバルブ使用の方・目などに金属片のある方・・・ はい / いいえ
- ② 開頭術の既往がありますか（動脈瘤クリップ・血管ステント等使用）・・・ はい / いいえ
・ある場合、施行した日は { 年 月：3ヶ月以上経過のこと}
- ③ 金属製包埋物（プレート・人工関節・ワイヤー等）使用の既往がありますか・・・ はい / いいえ
- ④ 妊娠中・または妊娠の可能性がありますか・・・ はい / いいえ
- ⑤ 心臓病・重症不整脈の既往がありますか・・・ はい / いいえ
- ⑥ てんかん発作の既往がありますか・・・ はい / いいえ
- ⑦ 入墨・タトゥーがありますか・・・ はい / いいえ
- ⑧ 閉所・狭所恐怖症ですか・・・ はい / いいえ
- ⑨ 取り外し可能な義歯（入れ歯など）、補聴器等はありますか・・・ はい / いいえ
- ⑩ 内部に金属使用のドレナージバックは使用していますか・・・ はい / いいえ

※ 問診項目に（はい）がある場合はMRI検査ができないことがありますので紹介医療機関にご相談下さい

紹介医療機関

造影検査問診票

問診日 _____

問診者名 _____

ID _____ 患者氏名 _____ 様 _____ 歳 男性・女性 体重 _____ kg

検査名 _____ 検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

今回の検査では、造影剤を体内に投与して検査いたします。造影剤は診断を行うに当たり有用な情報を得るという点で必要な物ですが、稀に副作用が現れる事例があります。造影剤による副作用としては、悪心・痒み・蕁麻疹・くしゃみ・吐き気等の症状が現れることがあります（発生率は約3%）。また非常に稀にショック等の重篤な副作用が起こること考えられます（数万人に1人）。

検査履歴

・今までに造影剤を使って検査をしたことがある場合、いつ、何の検査をしましたか？

(_____)

血液検査に関する項目

BUN _____ mg/dl CRE _____ mg/dl (_____ 年 _____ 月 _____ 日検査・未検査)

*MRIのみ記載 eGFR _____ ml/min

《eGFR60ml/min以下では腎性全身性線維症発症のリスクが高い。
30ml/min以下（透析患者を含む）は造影剤禁忌》

・血液検査が未検査、または異常値を示しているか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ

禁忌に関する項目

・造影検査で検査中あるいは検査後に副作用があった・・症状 (_____) はい・いいえ
・ヨード過敏症または重篤な甲状腺疾患がある・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ

原則禁忌に関する項目

・気管支喘息がある・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ
・重篤な臓器障害がある・・・・・・・・（心臓・肝臓・腎臓）・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ
・マクログロブリン血症である・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ
・多発性骨髄腫である・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ
・テタニーがある・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ
・褐色細胞腫あるいはその疑いがある・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ

併用注意の薬剤

・ビグアナイド系糖尿病用剤を使用しているか (MRI検査の場合中止の必要なし) はい・いいえ

慎重投与に関する項目

・じんましん等のアレルギー体質である・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ
・高血圧である・・ はい・いいえ
・授乳中あるいは妊娠している（可能性も含む）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ はい・いいえ

上記項目に **はい** がある場合問診者が **主治医に報告・確認** すること

はい の項目に対して、**主治医に確認後、検査許可**

また、副作用ではありませんが造影剤を静脈より注入する検査の場合、ごく稀に造影剤が血管外へ漏れ、処置が必要となる場合があります。

以上の点をご理解のうえ、造影剤使用の検査同意書にご署名下さい。

不明瞭な点等がございましたら職員へおたずね下さい。

造影剤使用検査同意書

私は、今回の検査について説明を受け、造影剤使用検査に同意します。

氏名 _____