造影MRI検査予約票

検査予約日時	年　　月　　日（　　）午前・午後　　時　　分	
必ず検査予約時間の**30分前まで**にご来院ください ※予約時間に遅れた場合は検査を受けられないことがありますのでご注意ください		
当日ご持参いただく物		
保険証	診療情報提供書	予約票
MRI検査　問診票 兼 同意書	造影MRI検査　問診票 兼 同意書	

《検査当日の注意事項》

○午前の予約では朝食を、午後の予約では昼食をとらないでください。

※水分(お茶・水)はとって頂いて結構です。

○MRI検査室の中には何も持ち込めません。外せるもの(特に金属類：ブラジャー、ヘアピン、アクセサリー類、入れ歯)は全て外してください。金属類はやけどや画像が乱れる原因となります。また磁気カードや精密機器類は故障の可能性があります。

○発熱素材（ヒートテック等）の衣類は特にやけどのおそれがあるため、お脱ぎください。

○増毛パウダーや白髪染めマスカラは検査当日のご使用はお控えください。MRI装置の破損につながります。

○色素の入ったコンタクトレンズはやけどのおそれがあるため外して検査をしますので、保存ケースをご持参ください。

○MRCP検査の方は液体のお薬を検査直前にお飲み頂きます。

※なお、具合の悪い患者様を優先して検査をさせて頂く場合がありますので、ご了承ください。

《検査内容》

※当クリニックでは３テスラという強さのMRI機器にて検査します。

・この検査は放射線を使用せず、強い磁石と電波を利用して身体の構造や臓器の状態を調べます。

・検査中は大きな音がします。

・撮影台に寝て検査を行います。検査中は動かないでください。

・正確な位置合わせの為に身体に触れる事があります。

・検査は15分～30分程度かかります。(所要時間は検査内容により異なります。)

・必要に応じて呼吸(息止め)の指示があります。

《禁忌》

以下の項目に当てはまる方は、原則として検査を受けられませんのでご注意ください。

・心臓ペースメーカー　・植え込み型除細動器　・脊髄刺激システム(脊髄刺激療法)

・脳深部刺激システム(脳深部刺激療法)　・インスリンポンプ/グルコース測定器　・人工内耳

・磁石式人工肛門　・チタン製以外の内視鏡止血クリップ(マーキングクリップ)

・その他の電子部品を含む医療機器　・眼窩内の強磁性体の破片　・金の糸を埋め込む美容整形

・妊娠中(特に妊娠3ヶ月以内の方)または妊娠している可能性がある方

《確認事項》

以下の項目に当てはまり、詳細が不明な方は、**事前にかかりつけ医に「3テスラMRI検査が可能であるか」ご確認ください。**

〇体内金属（脳動脈瘤クリップ・金属コイル・ステント・人工関節・子宮内避妊用具(銅)・義眼・体内異物など）がある方（ステンレス製・強磁性体のものは検査不可。チタン製は検査可。）

〇刺青(タトゥー)・アートメークがある方　（顔料に金属が含まれているものは変色・やけどの可能性があります。）

〇美容整形している方（金の糸など金属が含まれるものは色素沈着・やけどの可能性があります。）

〇薬物貼付剤を使用している方（やけどの可能性があります。）

〇磁石を利用したインプラント・入れ歯がある方（磁気が消失し、破損の恐れがあります。）

〇閉所恐怖症の方

《交通アクセス》

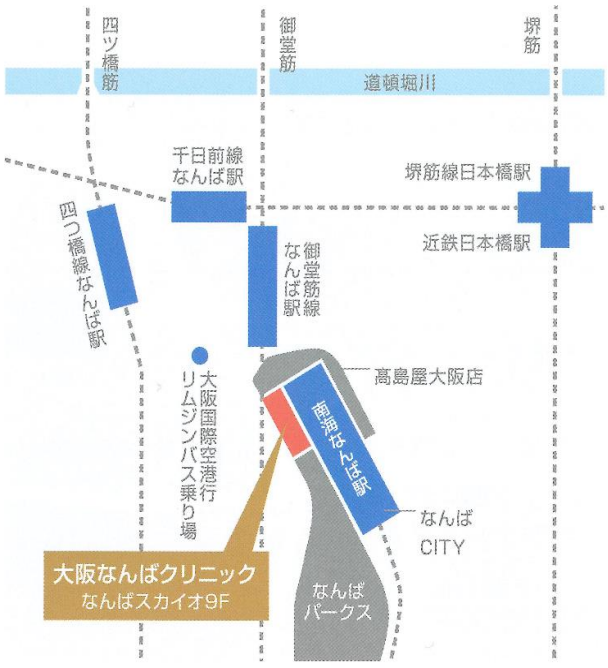
〒542－0076　大阪府大阪市中央区難波5丁目1－60　なんばスカイオ９階

なんばスカイオ1階・3階にあるクリニック専用エレベーターで9階までお越しください。
インターネットで「大阪なんばクリニック」と検索、または下のQRコードから当院ホームページにて詳細をご確認ください。

お問い合わせ：**０６-６６４８-８９３０**

大阪なんばクリニックアクセス

大阪なんばクリニック周辺地図



各駅からの所要時間

- 南海なんば駅（南海各線）……約1分
- なんば駅（地下鉄御堂筋線）……約2分
- 大阪難波駅（近鉄難波線、阪神なんば線）……約5分
- なんば駅（地下鉄四つ橋線、千日前線）……約5～8分

医療法人社団　新生会　大阪なんばクリニック　2021/12/23改

診療情報提供書 （造影MRI用）

※自由診療の場合は受けられません

医療法人社団　新生会　大阪なんばクリニック　宛

医療機関名	
所在地	
TEL/FAX	
医師名	

貴院での今回の診療について □保険診療　□自由診療（※当院での検査費用は自費扱いです）

→ **造影検査は受けられません。**
単純MRIでお申し込みください。

検査予約日時	年　月　日（　）午前・午後　時　分		
(ふりがな) 氏名	様　（男・女）		
生年月日	年　月　日		
住所	〒		
電話番号			
当院受診歴	有・無		
アレルギー	有・無	喘息	有・無
腎機能	eGFR（　） またはクレアチニン（　）	検査日：　年　月　日 ※検査予約日からさかのぼって3ヶ月以内の検査データが必要です ※eGFRが50未満の場合、造影検査はできません	
傷病名			
簡易な経過			
検査目的			
撮影部位	頭部　（脳　下垂体　眼窩）　頸部　乳腺 腹部　（MRCP　肝臓　胆嚢　膵臓　脾臓　腎臓） 脊椎　（頸椎　胸椎　腰椎） 骨盤　（子宮・卵巣　膀胱　前立腺） 関節　（肩　肘　手　股　膝　足） その他（　）	（右・左）	
備考			

＊当院のルーチンシーケンスにて撮影いたします。撮影内容は当院までお問い合わせください。

代表TEL　０６-６６４８-８９３０／FAX　０６-６６４８-８９５１

★電話にて予約日時が確定後、本用紙に必要事項を記載の上、当院にFAXをお送りください。原本は患者様にお渡しいただき、検査当日、ご持参くださるようお伝えください。必要に応じて、写しをお取りください。

MRI検査　問診票 兼 同意書

検査予約日時　：	年	月	日（　　）	午前 ・ 午後	時	分

検査予約時間の**30分前まで**にご来院ください

氏名　：

体内金属や金属等を身につけて入室することで、機器の破損、発熱・やけどなどの危険があり、画像にも影響します。また、吸引・吸着によるMRI装置の破損の可能性もあり、大変危険です。検査を安心・安全に行う為、以下の項目について確認頂き、最後にご署名をお願いします。

確　認　項　目	
今までにMRI検査を受けたことがある。	有 ・ 無
ペースメーカー・植え込み型除細動器・人工内耳・神経刺激装置など	有 ・ 無
手術による体内金属・機器など(コイル・ステント・クリップ・プレート・人工関節など) 時期(　　)　箇所(　　)　内容・素材 (　　) **※「有」の方で詳細が不明な方は、事前にかかりつけ医に「3テスラMRI検査が可能であるか」ご確認ください。** **詳細がわからない磁性体金属の場合、撮影できないことがあります。**	有 ・ 無
一時的な体内留置金属・歯列矯正・機器など	有 ・ 無
体内の鉄片・銃弾など（ケガや職業によるもの）　※眼窩内に鉄片がある方は検査できません。	有 ・ 無
内視鏡検査でポリープ切除後の止血クリップ・マーキングクリップ（ステンレス製：MRI禁忌） ⇒　クリップが無いことが確認できれば、MRI検査可能です。	有 ・ 無
増毛パウダー・白髪染めマスカラ　※機器の破損につながりますので、当日はご使用をお控えください。	有 ・ 無
化粧（特にラメ入り）・刺青・アートメーク（眉／アイラインなど）　※やけど/変色のおそれがあります。	有 ・ 無
美容整形（金の糸など）　※やけど/色素沈着のおそれがあります。	有 ・ 無
閉所恐怖症	有 ・ 無
妊娠または妊娠の可能性	有 ・ 無
インプラント ・ 入れ歯（特に磁石で入れ歯を固定しているもの）※破損のおそれがあります。	有 ・ 無
貼り薬 ・ シップ （ニトロダーム・ニコチンパッチ・フェントステープ・フェンタニルテープ・ノルスバンテープなど）	有 ・ 無
色素が入っているコンタクトレンズ（保存ケースをお持ちください）	有 ・ 無
尿道バルーンカテーテルのキャップが磁石のもの	有 ・ 無
備考（伝えておきたいこと・心配なことがありましたら記入してください）	

上記の項目について理解し、相違ありません。

年　　月　　日　：(自署)

（代理人）　年　　月　　日　：(自署)

※未成年の場合は保護者のサイン　(続柄　　)

技師確認者

医療法人社団　新生会　大阪なんばクリニック　2021/12/23改

造影MRI検査　問診票 兼 同意書

造影MRI検査は『ガドリニウム造影剤』という薬剤を注射して行います。（量は体重で決まります。）

造影剤を用いることにより、病気の状態をより正確に把握し今後の治療方針に役立てます。造影剤を使用しなくても検査は行えますが、正確な診断ができない可能性があります。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用を引き起こすことがあります。それぞれの副作用については以下のとおりです。また、副作用が遅発性にご自宅に帰ってから生ずることもあります。

1)軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹など。基本的に治療を要しません。
　≪確率：約100人につき2人≫

2)重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下など。通常は治療が必要であり、後遺症がのこる可能性があります。入院や手術が必要なこともあります。≪確率：約1万人につき1人≫

3)非常にまれですが、死亡する場合もあります。≪確率：約83万人につき1人≫

※副作用に関わる処置費用につきましては、ご本人様負担となりますので予めご了承願います。

造影剤を注射する際は、体が冷たく感じることがありますが、血管に対する直接の刺激で正常な反応であり、心配ありません。また、造影剤を注入する場合、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合、注射した部位が腫れ、痛むこともあります。基本的には時間がたてば吸収されるので心配ありませんが、もれた量が非常に多い場合には別の処置が必要となることもあります。

※もし、異常を感じましたら遠慮なくお申し出ください。

問　診　票

以下の質問で当てはまる方に☑印を入れてください。

1.造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。
　□いいえ　□はい

2.その時、副作用はありましたか。
□いいえ　□はい：発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐
その他(　　)

3.喘息(ぜんそく)または小児喘息はありますか。
□いいえ　□はい

4. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。
□いいえ　□はい：アレルギー品目(　　)

5.腎臓の働きが悪い(腎不全等)といわれたことはありますか。
□いいえ　□はい

6.現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか。
□いいえ　□はい　□わからない

7.現在授乳中ですか。　□いいえ　□はい

※上述の問診票のうち2から5で“はい”の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。
　場合により造影剤を使用できないことがありますのでご了承ください。

同　意　書

私は、造影検査について説明を受け、十分納得いたしましたので、造影検査をうけることに同意いたします。
緊急処置の必要が生じた場合は適宜処置を受けることについても同意いたします(いつでも撤回できます)。

年　　月　　日

患者　　（自著）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人（続柄　　）　（自著）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿