

CT・MRI 検査を受けられる患者さまへ

- ◆当日は**マイナンバーカード**(お持ちでない方は**保険証**)、**診療情報提供書**をご持参ください。
- ◆当日は検査予約時間の**30分前までに総合受付**へお越しください。(造影検査の場合は**45分前まで**)
- ◆緊急検査が入り、予約時間より遅れてのご案内になる場合がございます。予めご了承ください。
- ◆検査内容により食事制限(普通・禁朝食・禁昼食等)がありますので、医師からの指示をご確認ください。
水分は水・お茶を摂っていただいて構いません。ただし、牛乳などの乳製品飲料の摂取はご遠慮ください。
- ◆服薬中のお薬は、医師の指示がない限り普段通り服用していただいて構いません。
- ◆妊娠もしくは妊娠の可能性がある場合は、事前にお申し出ください。
- ◆下記に記載の【注意事項】をよくお読みいただきお守りいただきますようお願いいたします。
お守りいただけない場合、検査を行えないことがあります。また、装着物・メイクなどの材質成分によっては、装置との相互作用により火傷を引き起こすおそれがあります。

CT

●撮影時間

単純検査は15分程度です。
造影検査の場合の目安は30分程度です。

●食事制限

腹部撮影及び造影剤使用の
検査を受ける方

- ・午前検査の方：禁朝食
- ・午後検査の方：禁昼食
- ※いずれの場合も検査前4時間以内の食事は
お控えください

●注意事項

次に該当する方は必ず担当医師にお申し出ください

- ・心臓ペースメーカー、ICDを使用している方
- ・最近(3日以内)、バリウム検査をされた方
- ・装着物、金属、機械類をお持ちの方
※更衣室で外していただきます
鍵、時計、携帯電話、補聴器、磁気カード、ヘアピン、ネックレス
イヤリング、ピアス、入れ歯、カツラ、増毛パウダー、カイロ
磁気治療機器(エレバンなど)
- ・造影剤使用時にビグアナイド系糖尿病薬を
内服されている場合は**検査前後48時間**、内服を中止して
いただきますようお願いいたします。

MRI

●撮像時間

検査時間は30分程度です。
部位や造影検査により時間が
異なる場合があります。

●食事制限

腹部撮影の検査を受ける方

- ・午前検査の方：禁朝食
- ・午後検査の方：禁昼食
- ※いずれの場合も検査前4時間以内の食事は
お控えください

●注意事項

次に該当する方は必ず担当医師にお申し出ください

- ・心臓ペースメーカー、ICDを使用している方
- ・手術などにより、体内に金属が入っている方
人工内耳、脳動脈瘤クリップ、眼内レンズ、人工関節
人工心臓弁、ステント、インプラント、入れ歯(磁石固定)
義眼、ピアスなど
- ・装着物、金属、機械類をお持ちの方
※更衣室で外していただきます
鍵、時計、携帯電話、補聴器、磁気カード、ヘアピン、ネックレス
イヤリング、ピアス、入れ歯、カツラ、増毛パウダー、カイロ
磁気治療機器(エレバンなど)、保温下着(ヒートテック)
カラーコンタクトレンズ等
- ・事故、戦争、ケガなどで体内に金属が入っていると思われる方
- ・刺青、ボディメイクなどを施されている方
- ・てんかん、閉所恐怖症のある方

※金属類・精密機器などを無断で検査室内に持ち込むことにより生じた破損、データ消失等のトラブル責任は
負いかねます。また、持込みにより医療機器などに重大な損害を与えた場合は、損害賠償の責任が生じる場合が
ございますのでご注意ください。

その他ご不明な点や、検査日時の変更がございましたら当院までご連絡ください。



高島平中央総合病院

03-3936-7451 (8:30~17:30 土曜は12:30まで)

診療情報提供書（兼放射線科検査依頼票）

高島平中央総合病院 外来担当医 殿

フリガナ

氏 名

生年月日

性 別 男 ・ 女

連絡先（日中連絡の取れる電話番号）

(- -)

紹介元医療機関名の所在地及び名称

ご担当医師名

印

予約日時

月

日

午前
午後

時

分

身長

cm

体重

kg

ご 案 内

◎MRI・CT・骨密度(DEXA)・MMG(X線マンモグラフィ)
検査を受けられる方へ

◇当日は検査予約時間の30分前までにお越しください。

◇食事は普通・禁朝食・禁昼食です。

○交通機関のご案内

電 車

都営三田線西台駅 下車徒歩5分

バ ス

国際興業バス

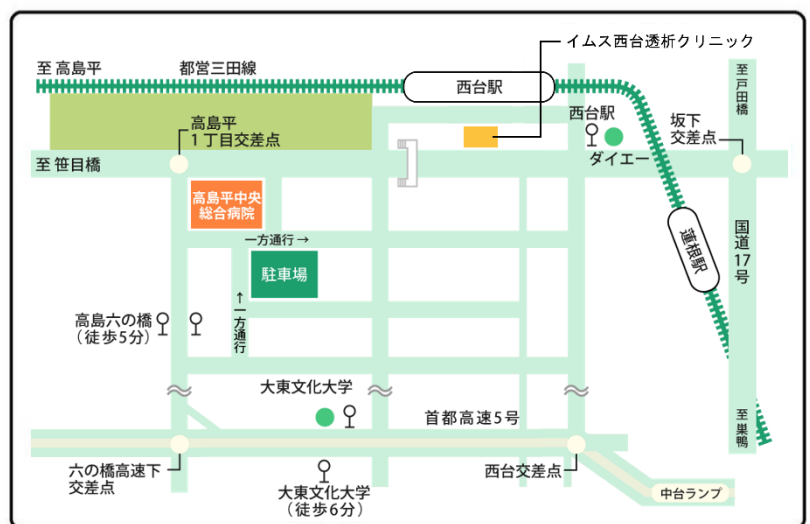
東練01 東武練馬駅～浮間舟渡駅間
「高島六の橋」 下車8分

東練01-2 東武練馬駅～高島平駅間
「高島六の橋」 下車8分

赤02 赤羽西口～成増駅間
「大東文化大学」 下車14分

赤56 赤羽西口～高島平操車場間
「西台駅」 下車9分

○病院のご案内図



高島平中央総合病院

〒175-0082 東京都板橋区高島平1-73-1 ☎03-3936-7451(代)

<http://www.ims.gr.jp/takashimadaira-hosp/>

診療情報提供書（兼放射線科検査依頼票）

高島平中央総合病院 外来担当医 殿

フリガナ 氏 名 生年月日 性 別 男・女 連絡先（日中連絡の取れる電話番号） （ - ）	紹介元医療機関名の所在地及び名称 ご担当医師名 印
---	---

予約日時 月 日 午前 午後 時 分	身長 cm	体重 kg
検査区分 <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 骨密度(DEXA) <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MMG (X線マンモグラフィ)	造影区分 <input type="checkbox"/> 単純のみ <input type="checkbox"/> 造影のみ <input type="checkbox"/> 単純造影両方	

■ 下記事項のチェックをお願い致します。(必ず記載して下さい)

○必須記載事項		
●手術歴(豊胸術、ペースメーカー、シャント、CVポート等) その他(具体的に)	有 ・ 無	有の場合、検査不可場合があります ※要問合せ
●妊娠もしくは妊娠の可能性 (週)	有 ・ 無	有の場合、原則検査不可
○MRI		
●体内金属(心臓ペースメーカー・ICD・人工内耳・脳動脈クリップ) その他の金属(具体的に)	有 ・ 無	有の場合、検査不可場合があります ※要問合せ
●入れ歯：インプラント(磁石で固定するもの)	有 ・ 無	有の場合、安定性の低下の恐れあり
●刺青・アートメイク	有 ・ 無	有の場合、変色や火傷等の恐れあり

依頼内容	C T	M R I
<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 全腹部(上腹部+骨盤部) <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 上腹部(肝～腎)のみ <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 骨盤部のみ <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢(右・左) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 仙椎	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 骨盤部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 四肢(右・左) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 仙椎	

臨床診断名	読影レポート	(当日の本人渡し・後日郵送)
主症状	結果出力 ※骨密度検査は 紙レポートのみ	CD-R
		(当日の本人渡し・後日郵送)

検査目的 (※具体的な依頼内容の記入をお願い致します)

(紹介先行)

<造影検査に関する問診票>

いくつか質問をさせていただきますので、1～8の項目に数値、レ印のご記入をお願いいたします。また“あり”を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、()の中に具体的な言葉をご記入下さい。

【造影検査を受けられる方へ】

1. 造影剤を使用するにあたり、あなたの体重を教えてください。 _____ koft
2. 今までに造影検査をお受けになったことがありますか？ なし□ あり□
・どのような検査を受けられましたか？(レントゲン・CT・MRI・尿路造影・心臓カテーテル・その他)
・いつ頃検査をお受けになりましたか？(_____ 頃)
・その検査の時に副作用はありましたか？ なし□ あり□
・ありの方はどのような副作用でしたか？(発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・その他)
3. アレルギー体質、アレルギーの病気がありますか？ なし□ あり□
・どのようなアレルギーですか？(蕁麻疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他)
・薬剤アレルギーの名称 (_____)
4. アルコール消毒、イソジン消毒でかぶれたことはありますか？ なし□ あり□
5. 今までに気管支喘息と言われたことがありますか？ なし□ あり□
6. 今までに心臓または腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか？ なし□ あり□
7. 以下のような症状、糖尿病、甲状腺機能亢進症、高血圧がありますか？ なし□ あり□

① 糖尿病

糖尿病薬を内服していますか？ なし□ あり□

内服されている薬の名称 (_____) ※ビグアナイド系薬剤の併用注意

② 甲状腺機能亢進症

③ 高血圧

④ その他(_____)

【ご依頼の先生へ】

8. 造影剤起因性腎症の予防のため、必ず造影検査時 3 ヶ月以内の測定値をご記入願います。

腎機能 : e-GFR 値(_____ ml/min/1.73 m²) または血清クレアチニン値(_____ moft/dl)

※e-GFR 値30未満の方は造影不可(CT・MRI)となります

ご記入ありがとうございました。

造影検査における同意書

私は、造影検査説明書に記載されている造影剤による副作用について説明を受け、理解した上で検査を受ける事に同意します。(同意された場合でも、いつでも撤回することが出来ます。)

同意書記載日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名(患者本人または代理人) : _____

検査依頼(説明)担当医師名 : _____

造影剤を用いた検査を受けられる患者様へ

1. 検査及び副作用の説明

造影検査とは、血管より造影剤を注入することにより、病変の描出やその病態、機能、周囲との位置関係などをより詳しく知ることが目的として行う検査です。造影剤はレントゲン、CT、MRI、血管造影などの検査で使用します。一般の薬と同様に、造影剤にもまれに副作用が起こり得ますので、万が一副作用が現れた場合には、すぐに対処できるように万全な準備を整えております。

※ヨード造影剤（CT、血管造影）の注入時には体が熱く感じることもありますが、正常な反応であり心配ありません。また検査中に異常を感じた場合は、担当者にお知らせください。

以下に造影剤の副作用についてご説明致します。

① 血管外漏出について

検査内容によっては、勢いよく造影剤を注入する為、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合には、注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。通常は時間がたてば吸収されます。

② 軽い副作用

かゆみ、胃の不快感、吐き気、蕁麻疹などで通常、治療の必要はありません。

③ 重篤な副作用

呼吸困難、けいれん、不整脈、腎不全、意識消失等の副作用では治療が必要となる可能性があります。これらの重篤な副作用の起こる確率は約10万人に1人（0.001％）の割合です。

また、極まれに病状・体質によっては約20万人に1人（0.0005％）の割合で、死亡に至る場合もあります。

④ 遅発性副作用について

極まれに数時間から数日後（多くは 2 日以内）に副作用が現れることがあります（発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、のどのイガイガ、咳、冷や汗、動悸、脱力感、めまい等）。また、注射部位の痛みが数日間持続する場合もあります。

以上からその副作用を考慮しても、造影検査は質の高い画像診断が可能となるため、正確かつ最良の治療方針を選択するため必要と判断された場合に行います。また、ご記入して頂きました問診票の内容によっては、造影剤を使用しない場合もあります。

2. 検査前後の注意事項について

① 検査前の絶食について

造影検査を行なうにあたり、検査前4時間以内の食事は控え下さい。また、水分においては水やお茶などは構いませんが、牛乳などの乳製品飲料はおやめ下さい。

※前食は消化の良いものを取って下さい。

※医師の指示により食事や水分、又は薬などの制限がある方は医師の指示に従って下さい。

② 検査後について

特に飲食に制限がない方は、造影剤を体から早く排泄させるために、水やお茶を飲むようにして下さい。検査終了後は通常の生活をして差し支えありません。入浴も普段通りで大丈夫です。

尚、ご相談、ご質問がございましたらお気軽にお尋ね下さい。

また検査後に、上記の遅発性副作用の症状が見られましたら、病院までご連絡をお願い致します。

