

MRCP 検査を受けられる患者様へ

氏名 様

生年月日： 年 月 日 生 性別：

予約時間： 年 月 日 () 時 分

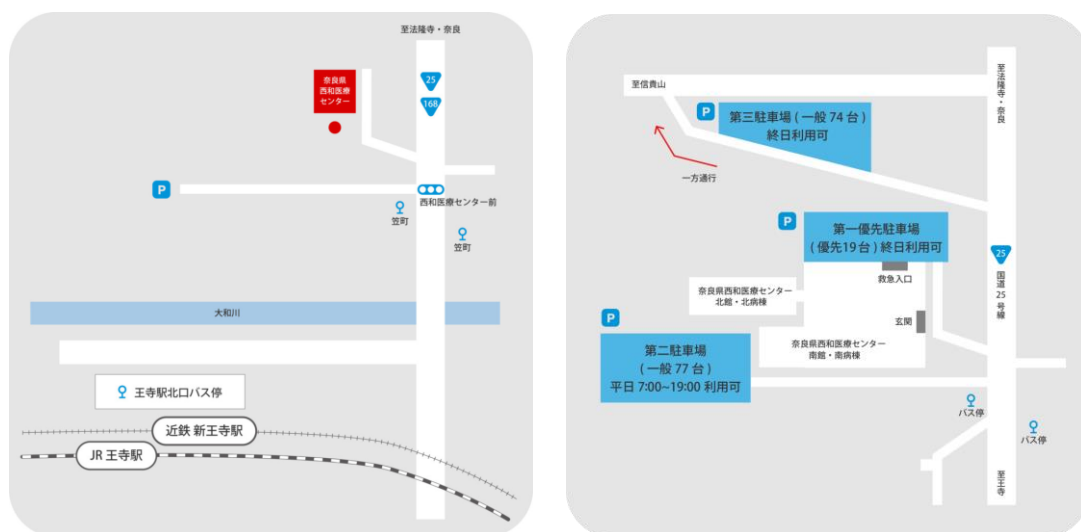
- ◆ 検査部位は () です。
- ◆ 上記予約時間の **15 分前**までにこの用紙と診察券をご持参の上、再来受付機を通り中央放射線部受付までお越し下さい。(但し、土曜日及び平日 17:30 以降のご予約の場合は、救急外来守衛室までお越し下さい。)
- ◆ 検査当日は **6 時間前より絶食**をお願い致します。

注意事項

- ・ 妊娠及び妊娠の可能性のある方は受付時（検査前）に必ず申し出て下さい。

変更・キャンセルの場合

- ・ 2 日前までは、ご紹介元のクリニックにご連絡下さい。前日から当日は、ご紹介元のクリニック及び中央放射線部までご連絡下さい。
- ・ ご不明な点がある方は、平日の 9:00～16:30 の間に中央放射線部までご連絡下さい。



■ マイナンバーカードの健康保険証の利用について

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

MRCP検査 内容説明・同意書

患者氏名： _____ 様 （生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日）

に対する手術、麻酔、処置、特殊検査、治療につき、以下の内容をご理解の上ご署名下さい。

1. 検査の名称： _____ MRCP検査 _____

2. 実施予定日： 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

3. 説明内容

1) 説明事項

- ① 病名・病態
 - ② 医療行為の目的・内容・必要性・有効性
 - ③ 合併症・偶発症の発生率（自施設または学会データに基づく）および偶発症発生時の対応
 - ④ 代替可能な方法、およびそれに伴う合併症・偶発症とその発生率 ※1
 - ⑤ 当該医療を行わなかった場合に予想される経過
 - ⑥ 治療費（各種公費医療制度、高額療養費制度等を含む） ※2
 - ⑦ 同意の撤回はいつでもできること、同意を撤回する時の連絡先
- ※1 最近の発生率等のデータがない場合があります
※2 治療費に関して詳しくお知りになりたい場合は医事課職員から説明いたします。

2) 患者さんの権利について

<選択の自由について> この手術・麻酔・特殊検査・治療法を承諾されるかどうかは、あなたの意思が尊重されます。承諾されない場合でも、診療において不利益な扱いを受けることはありません。

<セカンドオピニオンについて> 現在のあなたの病状や治療方針について、他の専門医の意見を聞くことも可能です。ご相談頂ければ必要な資料をご提供いたします。

<同意の撤回について> 同意をされた場合でも撤回することができます。その旨を担当者へご連絡ください。
同意を撤回する時の連絡先（0745－32－0505 外来診療科または患者支援センター）

ご本人、および関係者の方に対して、前項の各事項を説明いたしました。
なお詳細については説明用補助資料に記載いたしました。

ご不明な点やご質問があれば遠慮なくお尋ねください。

連絡先：（ 0745－32－0505 外来診療科または患者支援センター ）

説明日時：西暦 年 月 日 時 分 ～ 時 分

説明場所： _____

説明医師：所 属 _____

氏 名 _____ (印もしくは署名 _____)

ご紹介元施設側 同席者 ☐ あり ☐ なし

同席者署名：(医師 ・ 看護師 ・ _____) _____

私は、上記事項について十分な説明を受け、さらに、質問する機会もあり、その内容に関して理解しました。その上で、上記 ☐ MRCP検査 を受けることを希望します。

また、医療者が適切かつ必要と認められる場合、同意した手術・麻酔・特殊検査・治療について追加・変更・中止がおこなわれることにも同意をいたします。

同意日：西暦 年 月 日

本人署名： _____

意識障害・病状・年齢等によりご本人に同意能力がない場合や署名困難な場合は代諾者が署名下さい。同意や署名が可能な場合でも未成年者の場合には代諾者の署名をお願いいたします。

代諾者署名： _____ (続柄： _____)

ご本人が成人であり同意の上でご署名された場合、代諾者の署名は不要ですが、同席者の署名をお願いいたします。

同席者署名： _____ (続柄： _____)

奈良県西和医療センター院長 殿

MRI 検査問診票

氏名 様

安全に検査を行うため、以下のⅠ～Ⅲの項目について、該当するものがありましたら□枠にレ点を記入し、最後にご署名をしていただき、検査当日、担当者にお渡し下さい。

《該当するもので詳細な内容がありましたら（ ）内に記入して下さい》

- ※ Ⅰ～Ⅱの項目（禁忌事項）に該当した場合、安全のため検査が出来ないことがあります。
- ※ 何か気になることがございましたら平日の午前9時から午後5時の間に放射線科受付（内線：2141）までお問い合わせください。
- ※ 他の時間は連絡がつかない場合がありますので、出来るかぎり上記時間内にお願いします。
- ※ ご自身の体内金属または体内装置について証明書（書類、説明書、カードなど）をお持ちでしたら、ご用意ください。

Ⅰ. 次の項目に該当する方は基本的に検査ができません。

- ☐ 心臓ペースメーカー または 植込み型除細動器等 が体内に入っている。
- ☐ 人工内耳が入っている。
- ☐ 閉所恐怖症がある。（狭い場所、暗い場所が苦手な方）
- ☐ 現在、妊娠している。または、妊娠の可能性がある。

Ⅱ. 次の項目に該当する方は検査が可能かどうか確認する必要があります。

- ☐ 体内または体外になんらかの金属がある。 (詳細: _____)
- ☐ 20年以上前に心臓の手術をした。 (詳細: _____)
- ☐ 今から6週間以内に体内金属を埋め込んだ。 (詳細: _____)
- ☐ 検査予定日の1ヶ月以内に内視鏡検査をした。 (詳細: _____)
- ☐ インスリンポンプや持続グルコース測定器（リブレ）を装着している。 (詳細: _____)
- ☐ 脳室シャントバルブ（水頭症治療のため）が入っている。 (詳細: _____)
- ☐ ぜんそく・てんかん・不整脈などの突然、発作を起こす持病がある。 (詳細: _____)
- ☐ 磁石式のアタッチメント式の入れ歯を使用している。 (詳細: _____)
- ☐ 入れ墨・タトゥー・アートメイク等をしている。 (詳細: _____)
- ☐ 以前、鉄工所で働いていた。 (詳細: _____)
- ☐ MRI検査について、不明な点があり不安である。 (詳細: _____)
- ☐ 現在、授乳中である。 (詳細: _____)

Ⅲ. その他の項目

- ☐ Ⅰ～Ⅱに該当する項目はない。

現在の身長と体重を記入してください。

_____ cm _____ kg

当院では、事故防止のため全検査において検査着に更衣していただいております。ご協力お願いします。お化粧のアイラインおよび金属性顔料（ラメ入り化粧品）は、検査に支障をきたす場合がありますので、使用しないで（検査前にとっても可）来院して下さい。

MRI 検査入室前チェック表（職員用）

以下の項目については検査依頼時・検査当日、担当者が確認させていただきます。

ID

氏名 様

検査名：

検査日：

検査依頼時チェック

MRI 検査問診票の 『Ⅲ.その他の項目』 の項目にチェックがされている はい いいえ

※いいえの場合（Ⅰ・Ⅱの項目にチェックがある場合）は放射線科受付（2141）まで来てください。

検査当日チェック（入室前）

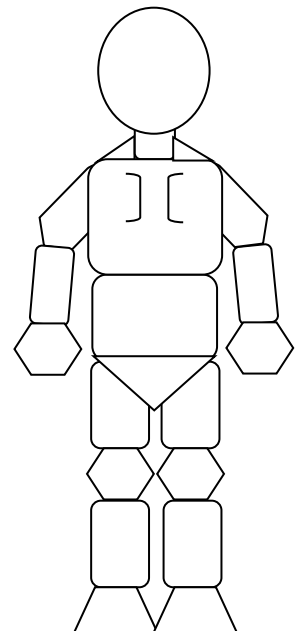
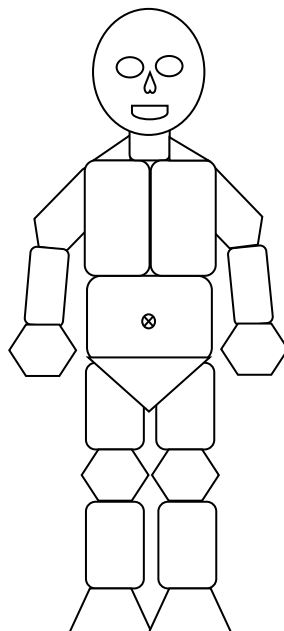
- ① 表記についてあやまりはないか。 あり なし
- ② 義歯、補聴器、カイロ、湿布薬、かつら、コンタクトレンズ、ニトロダームなどを装着している。 あり（ ） なし
- ③ 磁気性のもの…キャッシュカード、テレホンカード、定期券、バスカード、駐車券、エレキバンなどを携帯および装着している。 あり（ ） なし
- ④ 金属製のもの…ヘアピン、ネックレス、ピアス、腕輪、腕時計、めがね、小銭、鍵、ライター、携帯電話など、携帯および装着している。 あり（ ） なし
- ⑤ 探知機による金属反応の有無。 あり（ ） なし

表

後

埋め込み型医療機器✓

- ☐ 歯科用インプラント
- ☐ 磁石式アタッチメント式入れ歯
- ☐ VP シヤントバルブあり
検査後に流量の調整（要・不要）
- ☐ PD チューブ
- ☐ MRI 対応 PM もしくは ICD
- ☐ ループレコーダー
- ☐ 人工関節
- ☐ 骨固定プレート
- ☐ その他
- ☐ 上記該当項目なし



20 年 月 日 担当者：

MRI 検査を受けられる患者様へ

ID

氏名 様

□検査の説明

この検査は放射線被ばくも痛みありません。ただ検査時間が少し長く、音が大きい検査です
のでご承知下さい。また検査中はモニターで監視し、ナースコール（緊急用ブザー）をお渡しし
ておりますので安心して検査をお受け下さい。

□検査を受けられる方へのご注意

＊検査は **MR 室**で行います。以下のことをお守り下さい。（6 項目）

1. 検査当日は検査予約時間の 6 時間前から食事をしないで下さい。

- ◎絶食で検査を受けられる方は、以下の事に注意して下さい。
- ◎お茶、白湯、水は飲んでもかまいません。（水分制限はしないでください。）
- ◎糖尿病の方で薬の内服、又は注射をしている方は、主治医に絶食時の薬の飲み方、量を確認して下さい。
- ◎その他のお薬につきましては普段どおりにお飲み下さい。
- ◎現在服用しているお薬について、不明な点は主治医にお尋ね下さい。

2. 予約時間はだいたいの予定時間ですので、しばらくお待ちいただくことがあります。

- ◎検査前の準備がありますので **15 分前**に来院して下さい。
- ◎来院された後、再来受付機を通り、診察券・予約表・問診表をもって放射線科受付にお越し下さい。
- ◎問診表は必ずお読みになり、必要事項を記入し忘れずにお持ち下さい。

3. 検査を安全に行うために、同意書・問診票に記入し、ご持参下さい。

4. 検査中止の場合または、予約日の変更の場合は、下記まで連絡して下さい。

検査中止、予約変更の場合の窓口 奈良県西和医療センター 放射線科受付 検査についての問い合わせ先 電話 0745-32-0505（内線 2141）
--

5. 以下に該当するものを検査室に持ち込みますと、故障や検査に影響をおよぼしますので 必ず所定の場所にお預け下さい。なお、盗難、故障には一切の責任を負いかねます。

①磁気性のもの

【例】磁気記録のカード類（クレジットカード・キャッシュなど）、定期券、エレキバン、脱着式のインプラントなど

②金属性のもの

【例】ヘアピン、ネックレスなどのアクセサリー、ホックやチャックの金属片、かつら、時計

6. 当院では事故防止のため検査着に更衣していただいております。ご協力をお願いします。

- ◎化粧をされている方で、検査に支障をきたす場合がありますので、化粧をしないで来院して下さい。
- ◎コンタクトレンズを使用されている方は、検査当日はレンズをはずし、めがねで来院して下さい。
- ◎狭心症の貼り薬（ニトロダーム等）は検査の際にはずして頂きます。