

主治医の先生へ

【MRI 検査を受けられる方への確認事項について】

MRI 検査を安全に実施するために、ご面倒ですが、以下の事項について患者さんにご確認いただき、検査申込時に併せてご送付(FAX)くださいますようよろしくお願いいたします。

福井大学医学部附属病院

患者氏名： \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

生年月日： M・T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

1. 今までに MRI 検査を受けたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2. 体内に心臓ペースメーカー、グルコースモニタシステム、心血管カテーテル、人工耳小骨、生体刺激装置、弾丸、鉄片が入っていますか。(※入っている場合、検査できません。)	<input type="checkbox"/> いいえ
3. 体内 (頭の中も含む) に何か金属が入っていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
入っている場合、該当するものに○をつけてください。 人工関節・脳動脈クリップ・人工心臓弁・避妊クリップ・インプラント・コイル・ステント・可動性義眼 植込み型心電用データレコーダ・磁石式入れ歯・プレート・スクリュー・その他の金属 ( _____ )	
入っている場合、それはMR検査適合品であるかご確認ください。 (※非適合品である場合や、確認ができない場合は検査できません。)	<input type="checkbox"/> 適合品
4. 刺青をしていますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
刺青をされている場合、火傷の危険性がありますので、患者さんの同意を得てください。	<input type="checkbox"/> 同意を得た
5. アイライナー、マスカラ、ラメ入りの化粧、カラーコンタクトレンズは火傷の危険性がありますので、当日は落として (外して) きてください。	<input type="checkbox"/> 了解を得た
6. 【女性の方へ】妊娠中 (妊娠の可能性のある方を含む) ですか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
妊娠中 (特に妊娠 3 ヶ月未満) または妊娠の可能性のある場合、胎児への安全性が確立されていませんので、患者さんの同意を得てください。	<input type="checkbox"/> 同意を得た
7. 閉所恐怖症がありますか。 (※閉所恐怖症がある場合、検査ができないことがあります。)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※ 造影検査をご希望の場合	
8. クレアチニン検査結果 《検査実施日：平成____年____月____日》 ※必ずご記入願います。(MRI 検査予定日から起算して3ヶ月以内のもの) また、当日の検査担当医の判断で造影剤注射を施行しないことがありますので、あらかじめご了承ください。	mg/dl

以上の検査適応等について確認しました。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

医療機関名： \_\_\_\_\_

医師署名： \_\_\_\_\_

## 冠動脈CT検査を受けられる方への確認事項 について

冠動脈CT検査を安全に実施するため、以下の項目を御確認のうえ検査申込時に併せてご送付(FAX)くださいますようお願いいたします。 福井大学医学部附属病院 循環器内科

患者氏名: \_\_\_\_\_ 男・女

生年月日: T・S・H \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 体重 \_\_\_\_\_ kg

●以下の項目にお答え下さい。(いいえ)のある場合は原則として施行できません。

ただし病態に応じて施行可能な場合がありますので、御相談下さい。

- |  |             |
|--|-------------|
| ① ヨード造影剤のアレルギーがない。<br>いいえと答えた方へ: その時どんな副作用がありましたか?<br>(蕁麻疹、吐き気、嘔吐、血圧低下、その他( _____ )) | (はい・いいえ・不明) |
| ② 気管支喘息と診断されたことがない。  | (はい・いいえ)    |
| ③ 血清クレチニン値<1.5mg/dlである。  | (はい・いいえ・透析) |
| ④ 重症甲状腺機能亢進症がない。   | (はい・いいえ・不明) |
| ⑤ 心房細動や期外収縮(多発)がない。  | (はい・いいえ)    |
| ⑥ 息止めが10-15秒できる。   | (はい・いいえ・不明) |
| ⑦ ペースメーカーや植え込み型除細動器がない。  | (はい・いいえ)    |
| ⑧ ビグアナイド系(下記製品例あり)の糖尿薬を服用している場合、検査の48時間前からの休薬は可能である。                                 | (はい・いいえ)    |

(製品名:例)

メタクト配合錠LD メタクト配合錠HD メトグルコ錠250mg グリコラン錠250mg

メデット錠250mg ネルビス錠250mg メトホルミン塩酸塩錠250mg「トーワ」

メトホルミン塩酸塩錠250mg「JG」 メトリオン錠250 ジベトス錠50mg

ジベトンS腸溶錠50mg など

検査前48時間の休薬をご指示ください

●以下ご記入下さい。

安静時脈拍数 ( \_\_\_\_\_ )/分

Cr ( \_\_\_\_\_ )mg/dl BUN ( \_\_\_\_\_ )mg/dl 最終検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月

希望報告形式 :  所見報告書のみ(画像写真あり)送付

所見報告書(画像写真あり)と画像CD送付

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医療機関名: \_\_\_\_\_

医師署名: \_\_\_\_\_

## 保険適応疾患および要件チェック表

▼下記の PET・PET-CT の 査定事例 を確認後、予約依頼 を行って下さい。  
(査定事例)

① 早期胃癌の単独病名 ② 悪性腫瘍疑いの単独病名 ③ 化学療法後の患者（効果判定に使用した場合）： 前回の化学療法から、PET・PET-CT 検査までの間隔が1年未満の場合 ④ PET・PET-CT 施行月又は施行月以前の確定病名、転移病名（疑いも含む） 又は再発病名（ <u>疑い</u> も含む）があるが、他の検査、画像診断がないもの
---

### ★保険適用疾患およびチェック表

保 険 適 応 疾 患 (いずれかにチェックしてください)	要 件
<input type="checkbox"/> てんかん	難治性部分てんかんで外科切除が必要とされる患者に使用する。
<input type="checkbox"/> 虚血性心疾患	虚血性心疾患による心不全患者で、心筋組織のバイアビリティ診断が必要とされる患者に使用する。ただし、通常の心筋血流シンチグラフィで判定困難な場合に限るものとする。
<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 (早期胃癌を除く。)	他の検査、画像診断により病期診断、転移・再発の診断が確定できない患者に使用する。

◎以下に項目についても必ずご記入ください。

1. PET・PET-CT 検査を受診する病名を必ず記載下さい。

病 名	
-----	--

2. 「他の検査、画像診断」について、貴院もしくは他院で施行された検査をご記入ください。

これらが施行されていない場合は、「保険適応外」となります。

検 査 等 名	検査実施日	施行医療機関名
腫瘍マーカー	H . .	_____
CT・MR	H . .	_____
その他の検査等		
( )	H . .	_____
( )	H . .	_____

3. ペースメーカー・ICD・植込み型心電データレコーダの装着 無 有だが撮影に問題なし  
 グルコースモニタシステムの装着 無 有(有の場合、検査不可)
4. 当日の患者の移動状況 歩行可能 車椅子 ストレッチャー

今回、FDG-PET検査を予約する患者 [ \_\_\_\_\_ 様] は、

- 上記の保険適応疾患および要件を満たすので、保険診療として予約します。  
 上記の保険適応疾患および要件に該当しないので、自費診療として予約します。

平成      年      月      日

医療機関名： \_\_\_\_\_

担当医師名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_