

— 造影 MRI 検査の依頼手順 —

造影 MRI 検査をご依頼頂く先生には、検査を安全に滞りなく遂行させて頂くために、検査依頼の手順と注意事項をお守り頂きますようお願い致します。以下の内容をよくお読み頂いた上で、ご理解とご協力のほど宜しくお願い申し上げます。

検査の予約、依頼方法、あるいは検査内容などに関して何かご不明な点がございました場合には、当院地域医療連携室または放射線診断科まで遠慮なくお尋ね下さい。

1. 造影 MRI 検査の予約は原則、当院地域医療連携室を通じ、直接お電話でお願い致します。各診療科を通しての予約は必要ありません。
 2. 造影 MRI 検査には、一般的なガドリニウム造影剤と、肝腫瘍診断のための肝特異性造影剤（EOB：プリモビスト注）による検査の二種類があります。検査予約の際には、お間違えのないようご確認をお願い致します。
 3. 検査をお受けになる患者様には、当院放射線診断科への紹介状をお持ち下さいますようお願い申し上げます。
 4. 患者様への造影 MRI 検査内容と、該当するガドリニウムまたはプリモビスト造影剤使用に関する十分なお説明と体内磁性体の有無など MRI の禁忌事項および重要事項のご確認をお願い申し上げます。尚、造影剤の使用にあたり、特に気管支喘息の有無にご注意下さい。
 5. 原則、検査依頼前に Cr・BUN による腎機能のご確認をお願い致します。特に、糖尿病、腎疾患、心疾患、肝疾患などの既往歴を有する患者様では、必ず腎機能をご確認頂き、紹介状への記載または添付をお願い致します。
 6. 検査に関する最終的な説明と同意取得に関しては、当院放射線診断科外来で改めて行わせて頂きます。患者様の同意が得られない場合など、検査をお断りさせて頂く場合がございますので、ご了承下さい。
 7. 検査を予約された時点で、患者様に「画像検査問診票」および「MRI 検査のリスクと造影剤の副作用に関して」と題する患者様向けの説明文、以上の2点をお渡し下さいますようお願い申し上げます。
 8. また、患者様には説明文をよくお読み頂き、「画像検査問診票」へご記入の上、検査当日に必ずお持ち下さいますようお願い申し上げます。
 9. 読影結果及びCD-ROM等につきましては、原則として撮影日翌日の宅配便にて地域医療連携室より発送致します。
尚、至急の場合には地域医療連携室までご相談ください。
- * 貴院のご希望によりフィルムでの対応も可能ですので、ご依頼時にお申し出下さい。



聖隷横浜病院 放射線診断科

〒240-8521 横浜市保土ヶ谷区岩井町 215

TEL045-715-3194（地域医療連携室）・2140（放射線診断科読影室）