

CT・MRI 検査

予約のご案内
(医療機関用)

社会医療法人財団 古宿会
水戸中央病院

地域医療連携室

TEL 029-309-8524

FAX 029-309-8525

【お問い合わせ時間】

8:30~17:00

① 査の申し込み方法について

検査は事前予約制ですが、予約状況によって当日予約も可能ですので、地域医療連携室まで『CT・MRI 検査依頼票』に必要事項を記入の上、FAX をお願い致します。

地域医療連携室 直通 FAX 029-309-8525
8：30～16：30（日・祝日・年末年始を除く）

- 造影剤を使用する場合は、『造影 CT 検査に関する説明と同意書』『造影 CT 検査問診票』または『造影 MRI 検査に関する説明と同意書』『造影 MRI 検査問診票』へ記入の上、併せて FAX をお願い致します。
- 造影 MRI 検査の際、『CT・MRI 検査依頼票』の使用造影剤（プロハンス or プリモビスト）を必ずチェック願います。
- 検査予約が取れましたら検査予約票を FAX 致します。
- 検査の内容や食事などの注意事項は検査予約票に記載されておりますが、常用薬につきましてはご紹介いただく先生のご指示でお願い致します。
- 検査予約票は患者様にお渡し下さい。

②造影剤使用について

- 『造影 CT 検査に関する説明と同意書』、『造影 MRI 検査に関する説明と同意書』を元に、患者様への説明及び同意書の署名をお願い致します。
- 3ヶ月以内に検査された血清クレアチニン値及び糸球体濾過量『eGFR』の結果をご記入下さい。
eGFR が採血項目にない場合は、血清クレアチニン値より算出致します。eGFR の結果が 45 未満の場合造影剤腎症の発症リスクがあるため検査はお断りさせて頂いております。
- 副作用については、検査の時点での体調やアレルギーの有無などに注意し、安全に検査が行われるよう努めておりますが、検査中あるいは検査後に合併症が生じた場合は速やかに当院にて適切な処置をとります。
- 以下に該当する方は造影検査をお断りさせて頂いております。
造影剤で過敏症の既往歴のある方・喘息の方・重篤な腎障害のある方・重篤な肝障害のある方・全身状態が極めて悪い方・妊婦・授乳婦

③安全性について

MRI 検査依頼をする際に次の事を確認してください。

- 体内装着の電子精密機器(ペースメーカー、除細動装置、人工内耳)を装着されている場合は検査を受けることができません。
- 手術などで体内に金属が入っている方は検査の妨げになる可能性がありますので予めお申し出ください。材質が確認できない物を使用している場合は検査をお断りする場合があります。
- 閉所恐怖症の方は、個人差にもよりますが検査が出来ない場合があります。
- 全身に刺青がある方は熱感を生じるため検査を受けることができません。

④検査の流れ

【CT 検査の場合】

検査の所要時間は5～10分程度です。胸部や腹部の検査では10秒程度の息止めをして頂くこともありますが、息止めが困難な方は事前にお申し出下さい。

【MRI 検査の場合】

当院のスタッフによる問診の後に検査室(MRI 室)に入って頂きます。

検査の所要時間は部位によりますが、20～30分程度です。

造影剤使用の方は副作用等の観察の為、撮影終了後 30 分間院内で待機して頂きます。ご来院の際には、予約時間の 30 分前にお越し下さいますようお願い申し上げます。

⑤結果の報告について

CD-R を当日患者様へお渡しします。

読影を希望された場合の読影結果報告につきましては、後日郵送させていただきます。

結果報告についてのお問い合わせは、地域医療連携室（029-309-8524）までご連絡下さい。

⑥食事について

検査前日：特に制限はありません。

検査当日：造影剤使用の場合や消化器系の検査については、検査予約時間の 3 時間前より食事を摂らないで下さい。

水分については少量のお水・お茶・スポーツ飲料をお摂り頂いて結構です。また、通常の MRI 検査は特に制限はありませんが、MRCP につきましては検査予約時間の 6 時間前より禁食となります。

⑦内服中の薬について

CT 検査の造影剤使用の方でビグアナイド系経口薬(血糖降下剤)を服用している方は、造影剤との併用により急性腎不全から乳酸アシドーシスを起こす可能性があるため、造影剤投与前後の 48 時間は休薬して頂きます。

⑧料金のお支払いについて

当院から患者様への請求は致しません。

患者様への請求は、当院から検査内容を記載した明細書を郵送致します。(読影依頼ありの場合は検査結果に同封致します。)明細書を元に紹介元の先生より患者様へ請求を行っていただきます。

検査料は請求書を月末締めで送付致します。お支払いは振り込みにてお願い致します。

【銀行名】	常陽銀行 下市支店
【口座番号】	普通 0581408
【口座名義】	社会医療法人財団 古宿会 水戸中央病院 理事長 小野陸

⑨キャンセルについて

やむを得ず変更やキャンセルが必要な場合は、必ず検査予約日前日の 16:30 までに紹介元の医療機関よりご連絡頂きますようお願い致します。

但し、前日が日曜、祝日の場合はその前日の 16:30 までにお問い合わせ致します。