

# ラジオロジッククリニック扇町ドック申込書

ふりがな			
名前			
ふりがな			
住所	〒		
生年月日	(大・昭・平)	年	月 日 (才)
性別	男 ・ 女	身長	cm 体重 kg
自宅	( )	携帯	( )
ドック	検査項目に○をご記入ください		
	ベーシック脳ドック ・ スペシャル脳ドック ・ 2人ペアスペシャル脳ドック ものわすれドック ・ 肝臓、胆のう、膵臓ドック ・ 前立腺 MRI ドック CT 肺がんドック ・ 大腸がんドック (大腸 3DCT) レディースドック A (骨盤部 MRI) レディースドック B (乳腺エコーのみ) レディースドック C (マンモグラフィのみ) レディースドック D (乳腺エコー+マンモグラフィ) プレミアムレディースドック (乳房 MRI+乳腺エコー+マンモグラフィ)		
オプション	一般採血検査・腫瘍マーカー(男性・女性)・ ( )		
検査日	年	月	日 ( ) AM : ・ PM :

\*ご登録いただきました個人情報は、プライバシーポリシーに従い、厳重に管理いたします。  
 後日あなたの住所やメールアドレス宛てに資料の送付やご案内通知をさせていただきたいと存じます。  
 もし、ご同意いただけない場合、下記にチェックをお願いいたします。

同意しない

**\*\*アンケート\*\***

当院を受診されるきっかけは何ですか？

- インターネット   
  知人の紹介   
  他院からの紹介   
  以前他の検査で来院  
 雑誌   
  その他 ( )

★医療機器は、高性能で精密な為、メンテナンスには万全を期しておりますが、安全性が保証できない時は、検査を中止させていただくことが有ります。あらかじめご了承ください。

# 乳がん検査問診票

受診日 年 月 日

フリガナ	
氏名	

以下の質問事項の☑にチェックを、当てはまる事項に○印をしてください。

1. 自覚症状がある。

- 無 有 ⇒ ( 右 ・ 左 ・ 両方 ) (いつから? 年 月頃から)  
⇒ 痛み しこり 乳首の変形 分泌液 ( 色 )  
その他 ( )

2. 月経についてお答えください。

- 無⇒ ( 閉経・無月経 ) 有⇒ 最終月経 ( 月 日から 月 日まで)

3. 現在妊娠の可能性がある。

- 無 有

4. 乳腺の病気や婦人科系の病気をしたことがある。

- 無 有 ⇒ (病名 )

5. 家族や親戚に乳がんになった人がいる。

- 無 有 ⇒ 続柄 ( )

6. 出産経験がある。

- 無 有 ⇒ 授乳経験 ( 無 ・ 有 ⇒ 現在授乳中 )

7. 乳がん検査歴がある。

- 無 有 ⇒ いつ頃 ( )  
⇒ 検査内容 マンモグラフィー 超音波 視触診  
⇒ 結果 異常なし 要精査 ( )

8. 手術をしたことがある。

- 無 有 ⇒ 心臓ペースメーカー 豊胸術 その他 ( )

\*\*アンケート\*\*

当院を受診されるきっかけは何ですか?

- インターネット 知人の紹介 他院からの紹介 以前ほかの検査で来院  
雑誌 その他 ( )

# 乳腺MRIドック問診・同意書

ID \_\_\_\_\_

↓ 枠内をお読み頂き、チェックを付けて下さい ↓  
(枠外は、当日ご説明いたします)

様

安全に検査を受けていただくために、以下の質問に必ずお答えください。

有 無 以前、MRI 検査をされたことがありますか？

有 無 補聴器

有 無 つめもの以外の義歯（入れ歯、差し歯、インプラント等）

有 → (はずせる ・ はずせない ・ マグネット素材 )

有 無 手術を受けたことがある（手術名 \_\_\_\_\_）

有 無 歯以外の体内金属

有 → (いつ? \_\_\_\_\_) (どこに? \_\_\_\_\_)

有 無 心臓ペースメーカー、人工内耳

有 無 義足、義肢

有 無 刺青（永久的なアイライン・アイブローも含む）

有 無 金属研磨作業等、金属粉に接する職業経験

有 無 長時間、寝たままでいることが困難

有 無 閉所恐怖症

有 無 てんかん

有 無 コンタクトレンズ（検査前にはずして頂きます）

有 無 妊娠の可能性

以下のものは検査室に持ち込めません。はずせない場合は必ず検査前に申し出てください。

補聴器、コンタクトレンズ、磁気カード、鍵、財布、携帯電話、めがね、時計、指輪  
ネックレス、ブレスレット、ピアス、イヤリング、ヘアピン、かつら、ウィッグ、カイロ、  
エレキバン、貼り薬、ブラジャー、コルセット、マスカラ、アイシャドー、ネイルアート

同意書

刺青における発熱・変色の可能性について説明を受け、理解しました。

コンタクトレンズ装着した場合の危険性について説明を受け、理解しました。

検査について十分な説明を受けましたので検査実施に同意します。また、万一緊急の必要が生じた場合には処置をうけることについても同意します。

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 患者氏名 \_\_\_\_\_

説明者 \_\_\_\_\_ 医師 \_\_\_\_\_

# 乳腺 MRI 造影検査 問診票

↓ 枠内をお読み頂き、チェックを付けて下さい ↓  
(枠外は、当日ご説明いたします)

様  
コップ2杯の飲水、説明済

## 1. 造影検査とは

造影検査とは造影剤という薬を腕の静脈から注射し、血液の流れに乗って全身に廻ったところで特殊な方法で撮影します。病気の部分と正常な部分では血液の流れ方が異なるので、造影剤の写り方も異なります。これを見て病気の有無や広がりを見極めます。

造影剤注射後、気分が悪くなったり、かゆみ等の症状があれば、我慢せず、すぐお知らせ下さい。当院では安全に検査ができるよう十分配慮しております。検査の内容については、当院担当医にお尋ね下さい。

当てはまる  に (✓) を入れてください。

- 有  無 ..... 気管支喘息がある(過去5年以内に喘息の症状があった、セキ喘息も含む).....  
 有  無 ..... 今までに造影剤によって副作用があった(湿疹・吐き気・血圧低下・呼吸困難).....  
 有  無 ..... 腎臓の働きが悪いと言われたことがある.....  
 有  無 ..... 授乳中(授乳中のかたは造影剤投与後48時間授乳を避けてください).....  
 有  無 ..... C型・B型肝炎、梅毒、その他の感染症.....

## 2. MRIマンモグラフィの検査を受ける方

最終月経開始日 月 日 または 閉経

本日の食事摂取  有 ( 時 分頃)  無

## 3. 造影剤の副作用について

造影剤は検査用の医薬品として安全性は十分確認されております。

しかし、ほかのどんな薬にもあるように、まれに副作用が起こることがあります。

当院では、安心して検査を受けられる様、安全体制を確立しています。

副作用

- 副作用が起こる場合は、造影剤の注射直後が多いです。
- 副作用は軽い副作用で終わることが多いです。その主な症状はかゆみ、くしゃみ、発疹、はきけ、頭痛などで自然に治るものが多いです(2~3%)。
- きわめてまれに重い副作用も起こることがあります。その主な症状は呼吸困難や血圧低下など、生命にかかわることもあり、直ちに治療が必要となるものです(0.04%)。

## 同意書

検査における必要性と危険性について十分な説明を受け、理解したので検査実施に同意します。

万一緊急の必要性が生じた場合には処置を受けることについても同意します。

日付 年 月 日

患者氏名 説明者 医師

# MRI ドックを受けられる皆様へ

MRI 検査は、強力な磁石を利用して体の中を画像化する検査です。

安全に検査するために、以下のものは更衣室で外していただいております。

補聴器・コンタクトレンズ（使い捨ても含む）・磁気カード・鍵・財布・  
携帯電話・指輪・ネックレス・時計・イヤリング・プレスレット・  
ピアス等の装飾品・ヘアピン・かつら・ウィッグ・カイロ・エレキバン・  
貼り薬・ブラジャー・コルセット・マスカラ・アイシャドー

- 手術歴・体内金属・刺青（アートメイクを含む）・妊娠中や、可能性のある方は先にお申し出ください。
- コンタクトレンズをご使用の方は出来ましたら、眼鏡でお越しいただくか、保存容器をご持参ください。
- 心臓ペースメーカー・人工内耳・マグネット入れ歯・脳動脈クリップの方は、MRI 検査が可能かどうか、手術を受けられた病院にお問い合わせ下さい。
- 美容外科などで異物を挿入されている方は、安全性が確認できない場合、検査ができないことがあります。

※問診の結果、MRI 検査ができないことがあります。

また、MRI は高性能で精密な為、メンテナンスには万全を期しておりますが、安全性が保障出来ない時は検査を中止させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

ラジオロジークリニック扇町

TEL06-6311-7500 FAX06-6311-7510