



CT、MRI 検査ご依頼の流れ・注意事項

ご依頼から結果のお届けまで

検査のご予約

お電話で検査日時をご予約ください。すぐに検査日時をご返答いたします。

093-245-0981 (代表)

お電話の際は、「CT 検査の予約」または「MRI 検査の予約」をお申し出ください。
担当部署へお繋ぎいたします。

ご予約の際は、『検査日時』・『検査部位』・『患者氏名』・『造影の有無』をお知らせください。

可能な限りご希望の日時にお応えできるよう努力しておりますが、予約状況・急患等でご希望にお応えできない場合はご了承のほどお願い申し上げます。

患者さまには、検査当日に、下記の必要書類と健康保険証をご持参いただき、ご予約時間 20 分前までにご来院いただくようご説明ください。

必要書類

各検査依頼書および各問診票には必要事項をご記入ください。

各問診票右上欄には、主治医のサインおよび可・不可のチェックもお忘れなくお願いいたします。

※ 各依頼書 1 枚目は、貴院の控えとして保管ください。

CT 検査

- ・検査部位が頭部・頸部・四肢の場合

『**頭部 CT 依頼書**』+造影ありの場合は『**造影剤検査問診票**』

- ・検査部位が躯幹部の場合

『**体部 CT 依頼書**』+造影ありの場合は『**造影剤検査問診票**』

MRI 検査

MR 検査依頼書の表紙「MR 検査をお受けになる方へ」は事前に患者さまにお渡しください。

- ・検査部位に関係なく

『**MR 検査依頼書**』+『**MR 検査問診票**』+造影ありの場合は『**造影剤検査問診票**』

※ 患者さまの体内金属チェックをお忘れなくお願いいたします。

画像について

患者さまが当院にお越しいただくのは1度だけです。

検査画像は、フィルムまたはCD-R（DICOM画像）を検査当日患者さまへ直接お渡しし、貴院へご持参いただきます。

画像提供媒体につきましては、初回ご依頼時に、フィルムによるご提供か、CD-Rによるご提供かのご希望をお伺いいたします。

なお、CD-Rでのご提供の場合は、無料でのご提供とさせていただいておりますが、フィルムでのご提供の場合は、フィルムコピー代として1枚につき420円を患者さまにご負担していただいております。ご了承ください。

保険会社からの依頼等、別途追加でフィルム・CD-Rを出力する場合は、以下の料金を頂戴しております。

◆追加の画像フィルム 420円/1枚

◆追加のCD-R 520円

画像診断報告書は、下記の要領にて発送いたします。

画像診断報告書の作成と検査結果のご報告

放射線科専門医によるわかりやすい画像診断報告書を作成いたします。

画像診断報告書は、週3回（月曜日午後、水曜日午後、金曜日午前）の画像診断（読影）の後、FAXと郵送の両手段にて以下の日程で発送いたします。

なお、放射線科専門医の都合および休祝日により、発送の日程が変更になる場合もございますのでご了承ください。

画像診断報告書発送の目安（2012年7月16日現在）

- 検査終了日時が、金曜日 10:30～月曜日 15:15 までの画像
FAXでの発送：火曜日 午前中
郵送での発送：火曜日 午前中
- 検査終了日時が、月曜日 15:15～水曜日 16:45 までの画像
FAXでの発送：木曜日 午前中
郵送での発送：木曜日 午前中
- 検査終了日時が、水曜日 16:45～金曜日 10:30 までの画像
FAXでの発送：金曜日 午後
郵送での発送：金曜日 午後

ご参考 検査料金の目安

- ※ 画像フィルムの枚数により料金変動いたします。
- ※ 造影検査では、薬剤の種類や容量により料金変動いたします。
- ※ 目安として患者さまへご説明をお願いいたします。

◆CT 検査 料金

| 検査内容 | 負担割合 1 割 | 負担割合 3 割 |
|----------|-----------------------|-------------------------|
| 単純 CT 検査 | 約 2,000 円～ 6,200 円 | 約 6,000 円～ 10,200 円 |
| 造影 CT 検査 | 約 3,500 円～ 8,000 円 | 約 10,500 円～ 15,000 円 |

◆MRI 検査 料金

| 検査内容 | 負担割合 1 割 | 負担割合 3 割 |
|-----------|-----------------------|------------------------|
| 単純 MRI 検査 | 約 2,000 円～ 6,200 円 | 約 6,000 円～ 10,200 円 |
| 造影 MRI 検査 | 約 3,000 円～ 8,700 円 | 約 9,000 円～ 17,200 円 |

検査日の飲食の制限について

お食事・飲み物につきましては、下の表をご参考ください。

(検査実施「～時間前から」お控えください。)

| 検査内容 | 食事 またはジュース・牛乳 | 水 |
|------------------------|------------------|-----------|
| 造影あり (CT・MRI 共通) | 4 時間前から絶食 | 制限はございません |
| 腹部の検査 (CT・MRI 共通) | 4 時間前から絶食 | 制限はございません |
| 上記以外の検査 (CT・MRI 共通) | 制限はございません | 制限はございません |

検査時間

※ 検査終了後、画像処理およびフィルムまたは CD-R 作成に 10～20 分ほどお時間をいただきます。

◆検査時間の目安 (1 部位)

| モダリティ | 検査内容 | 部 位 | 時 間 |
|--------|------|-------|--------|
| CT 検査 | 単純 | 全ての部位 | 約 5 分 |
| | 造影 | 全ての部位 | 約 10 分 |
| MRI 検査 | 単純 | 腹部以外 | 約 30 分 |
| | | 腹部 | 約 45 分 |
| | 造影 | 腹部以外 | 約 45 分 |
| | | 腹部 | 約 60 分 |

造影検査・造影剤について

造影検査の依頼の場合は、十分な問診を行ってください。

必要事項を記入した『造影剤検査問診票』も検査当日お忘れにならないようお願いいたします。

CT 造影剤

◆CT 造影剤

- ・イオパミロン（非イオン系ヨード造影剤）：経静脈投与

◆副作用について

副作用 0.1～5%未満で悪心・嘔吐などの軽度の副作用が見られます。また、0.1%未満でこれより重篤な副作用が見られることがあります。

■禁忌

- ・ヨードまたはヨード造影剤に過敏症の既往歴のある患者
- ・重篤な甲状腺疾患のある患者

■原則禁忌

- ・気管支喘息の患者
- ・重篤な心障害、肝障害、腎障害のある患者

MRI 造影剤

◆MRI 造影剤

- ・マグネビスト（ガドリニウム製剤）：経静脈投与
- ・EOB・プリモビスト（ガドリニウム製剤）：経静脈投与（肝臓造影剤）
- ・ボースデル（塩化マンガン四水和物）：経口投与（MRCP 検査時）

◆副作用について

副作用 0.1～5%未満で悪心・嘔吐などの軽度の副作用が見られます。また、経口造影剤については、上記の症状に加えて、軟便（5%）、下痢・腹痛（0.1～5%未満）が起こる可能性があります。

■禁忌

- ・ガドリニウム系造影剤に過敏症の既往歴のある患者

■原則禁忌

- ・気管支喘息の患者
- ・重篤な肝障害、腎障害のある患者

ヨード造影剤との併用注意の薬剤について（造影 CT 検査）

ビグアナイド系糖尿病用剤とヨード造影剤は、併用により乳酸アシドーシスを起こすことがあるため併用注意とされています。

原因は、ヨード造影剤の投与により一過性の腎機能低下をきたす可能性があり、その結果、ビグアナイド系糖尿病用剤の腎排泄が減少し血中濃度が上昇するためと考えられています。そのため、検査前はビグアナイド系糖尿病用剤の服用を一時的に中止し、ヨード造影剤投与後 48 時間はビグアナイド系糖尿病用剤の投与を再開しないこと。なお、投与再開時には、患者の状態に注意することとされています。

ビグアナイド系糖尿病用剤を服用している患者さまの造影 CT 検査を依頼される場合は、貴院にて適切な処置をお願いいたします。

なお、MRI 検査で投与する造影剤はヨード造影剤ではないため、ビグアナイド系糖尿病用剤との併用注意はございません。（但し、腎機能にはご注意ください。）

◆ビグアナイド系糖尿病用剤一覧

| 一般名 | 商品名 | メーカー |
|------------|--------------------------|-------------|
| 塩酸ブホルミン | 塩酸ブホルミン「ミタ」 | 東洋ファルマー |
| | ジベトス B 錠 | ガレン |
| | ジベトン S 錠（腸溶錠） | 寿製薬／ゼリア |
| 塩酸メトホルミン | グリコラン錠 | 日本新薬 |
| | メルビン錠 | 住友製薬 |
| | メデット錠 | トーアエイヨー／山之内 |
| | ネルビス錠 | 三和化学研究所 |
| | メタクト配合錠 LD | 武田薬品 |
| | メタクト配合錠 HD | |
| | メトグルコ錠 | 大日本住友製薬 |
| | メトホルミン塩酸塩錠 250mg「トーワ」 | 東和薬品 |
| メトリオン錠 250 | 大洋薬品工業 | |