

造影 MRI 検査

氏名 _____

(頭部・() 椎・頸部・胸部・腹部・骨盤・その他)

検査日時

年	月	日 (曜日)	時	分	予定
---	---	----------	---	---	----

※ 主治医から依頼のあったあなたの検査の予約日時は上記のとおりです。検査は予約制になっていますので、都合の悪い場合は必ず下記の連絡先へご連絡ください。

※ 検査当日は、2 階あったかサポートセンターにて予約確認を行い、この用紙をもって 3 階放射線診断科受付に少し余裕をもってお越しください。

※ 気管支喘息(きかんしぜんそく)の既往のある方や過去に造影剤で副作用 のあった方は副作用の危険が高まるため造影剤使用は原則禁忌(原則として使用禁止)です。必ず前もって依頼医にご相談ください。その他副作用、禁忌事項については別紙の説明書をご参照下さい。

※ ペースメーカーが挿入されている方は検査ができません。MRI 対応ペースメーカーが挿入されている方は必ず前もって依頼医にご相談ください。資格をもった医師や臨床工学技士による操作が必要なため事前に準備が必要です。

◇ 食事について

- ・ 午前に検査の方 : 朝食を食べないで来て下さい。
 - ・ 午後に検査の方 : 昼食を食べないで来て下さい。
- 水分(水・お茶)は摂取しても構いません。

◇ 検査時間は 30 分～40 分 です。(内容、部位によって多少異なります)

◇ 膀胱 MRI を受けられる方は、検査前 1 時間は、排尿しないでください。

◇ 衣類等について

金属ファスナーのあるズボン、スカート、ブラジャー、金属のついた下着などは検査前に更衣室にて所定の検査着に着替えていただきます。

又、シップ類やニコチンパッチ等の貼り薬についても熱を発生させる可能性がある為除去していただきます。

☆次に該当するものは、検査に影響を及ぼすため検査室内には持ち込めません。

- 1 磁気を帯びたもの : キャッシュカード・クレジットカード・テレフォンカード
定期券・尿道カテーテルの磁気キャップ・ピップエレキバンなど
- 2 金属類 : 時計・眼鏡・鍵・ヘアピン・ネックレス・イヤリング・指輪
義歯・補聴器・使い捨てカイロなど
- 3 化粧 : アイシャドー・アイライン・マスカラも落としましょう。
- 4 カラーコンタクトレンズ : 容器を持参して、検査前にはずしてください。

◇ 検査料は、3 割負担の方で約 1 万円～2 万円程度となります。

◇ 介助の必要な方、お子様は付き添い同伴でおいでください。

◇ 検査中の音は、撮影のための振動音ですので静かに休んでいてください。

その他何か不明な点がありましたら、お問い合わせください。

連絡先 日本生命病院 放射線診断・IVR 科

TEL 06-6443-3446

[月曜～金曜 8:30～17:00]

(医療機関保管)

問診項目			
1. 心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人工内耳を装着されていますか。	はい・いいえ	これらを装着されている方は、検査を行うことができません。	
2. 脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁・歯科矯正具・歯科インプラント・磁気式義歯を装着していますか。	はい・いいえ	これらを装着されている方は、この手術を行われた医師からMRI検査を受ける事についての許可を事前に頂く必要があります。	
回答が「はい」の場合、手術担当医からMRI検査を受けることの許可を得ましたか。	はい・いいえ	いいえの場合は、申し訳ありませんが、手術された先生にご相談頂き、MRI検査の許可をおとり頂いた上で、あらためて日程をご予約願います。	
3. 冠動脈にステントを装着していますか。	はい・いいえ		
回答が「はい」の場合、ステントを装着して2ヶ月以内ですか。	はい・いいえ	はいの場合は、検査を行うことができません。	
4. 閉所恐怖症はありますか。	はい・いいえ	はいの場合は、検査が出来ない場合があります。	
5. 妊娠中・妊娠の可能性がありますか。(女性のみ)	はい・いいえ	はいの場合は、本人の同意が得られた場合に限り、検査を行います。	

人工骨頭・人工関節	有	・	無
手術での体内金属（クリップ等）	有	・	無
けがや事故による体内金属（金属片・銃弾等）	有	・	無
刺青やアートメイク（眉毛、アイライン等）	有	・	無
義肢・義足・義眼・義歯	有	・	無
シップ・ニコチンパッチ等の貼り薬	有	・	無
避妊リング・陰茎内の埋込物	有	・	無
針治療の置き針	有	・	無

- - - - - 檢 查 同 意 書 - - - - -

説明年月日 年 月 日

(患者との関係)

(患者様控え)

問診項目		
1. 心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人工内耳を装着されていますか。	はい・いいえ	これらを装着されている方は、検査を行うことができません。
2. 脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁・歯科矯正具・歯科インプラント・磁気式義歯を装着していますか。	はい・いいえ	これらを装着されている方は、この手術を行われた医師からMRI検査を受ける事についての許可を事前に頂く必要があります。
回答が「はい」の場合、手術担当医からMRI検査を受けることの許可を得ましたか。	はい・いいえ	いいえの場合は、申し訳ありませんが、手術された先生にご相談頂き、MRI検査の許可をおとり頂いた上で、あらためて日程をご予約願います。
3. 冠動脈にステントを装着していますか。	はい・いいえ	
回答が「はい」の場合、ステントを装着して2ヶ月以内ですか。	はい・いいえ	はいの場合は、検査を行うことができません。
4. 閉所恐怖症はありますか。	はい・いいえ	はいの場合は、検査が出来ない場合があります。
5. 妊娠中・妊娠の可能性がありますか。(女性のみ)	はい・いいえ	はいの場合は、本人の同意が得られた場合に限り、検査を行います。

人工骨頭・人工関節	有	・	無
手術での体内金属（クリップ等）	有	・	無
けがや事故による体内金属（金属片・銃弾等）	有	・	無
刺青やアートメイク（眉毛、アイライン等）	有	・	無
義肢・義足・義眼・義歯	有	・	無
シップ・ニコチンパッチ等の貼り薬	有	・	無
避妊リング・陰茎内の埋込物	有	・	無
針治療の置き針	有	・	無

- - - - - 檢 查 同 意 書 - - - - -

説明年月日 年 月 日

(患者との関係)

MRI 造影検査質問票（患者様記載）

記載日 年 月 日

〔 〕様 体重（ ）

*代筆の場合は、代筆者もご記入して下さい。 代筆者（ ）

□にチェックをして下さい。

1) 甲状腺の異常、アレルギー体質やアレルギー性の病気についてお答え下さい。

- ☐ ない ☐ ある バセドウ氏病（甲状腺機能亢進症）
☐ ない ☐ ある 気管支喘息
☐ ない ☐ ある アトピー性皮膚炎
☐ ない ☐ ある アレルギー性鼻炎
☐ ない ☐ ある じんましん
☐ ない ☐ ある 花粉症
☐ ない ☐ ある かぶれ
☐ ない ☐ ある 薬のアレルギー（薬品名： ）
☐ ない ☐ ある 食物アレルギー（食物： ）
その他（ ）

2) 今までに、造影剤（注射）を用いた検査をされたことがありますか。

- ☐ ない ☐ ある
☐ CT 検査 ・ ☐ 腎臓検査 ・ ☐ 胆嚢検査 ・ ☐ 血管造影
☐ MRI 検査 ・ ☐ その他（ ）

*その時、出現した症状がありましたか。

- ☐ ない ☐ ある
☐ じんましん ・ ☐ くしゃみ ・ ☐ 吐き気 ・ ☐ 嘔吐
☐ その他の症状（ ）

3) 家族にアレルギー体質の方はありますか。

- ☐ ない ☐ ある （続柄： 、病名： ）

4) 現在、透析治療を受けていませんか。

- ☐ 受けていない ☐ 受けている

5) 気管支喘息やアレルギー体質、過去に造影剤で副作用が出た方に質問です。

依頼医に相談しましたか。

- ☐ 相談した ☐ 相談していない

*相談していない場合、検査が受けられない場合があります。

6) 気管支喘息の方に質問です

- ☐ 現在も症状がある ☐ 治療中で症状はない ☐ 5年以上無治療で症状がない

[放射線科看護師記入欄]

検査日 年 月 日

造影剤の種類 ガドビスト・プロハンス・リゾビスト・プリモビスト

その他（ ） 使用量（ ）CC

副作用の有無 なし・あり（じんましん・くしゃみ・嘔気・血圧低下・その他）

検査担当医師 担当技師 担当看護師

日本生命病院 放射線診断・IVR 科

MR I 造影剤(①ガドリニウム製剤

②超常磁性酸化鉄造影剤リゾビスト)使用同意書承諾書

(医療機関保管)

MR I 検査には、造影剤を用いないで行うMR I 検査と造影剤を静脈内に注射しながら行う造影MR I 検査があります。造影剤の必要性については、脳、肝臓、脾臓、腎臓などの目的の臓器や症状によって判断します。造影剤にはまれですが死亡を含む副作用があります。

別紙 放2-1の「MRI 造影剤の使用における副作用の説明」をお読みください。

以下の方は原則として造影検査を受けられません。

1. 以前に造影剤(MR I 造影剤)による副作用のあった方。
2. ガドリニウム製剤の場合、気管支喘息の方。
3. 超常磁性酸化鉄造影剤リゾビストの場合、ヘモクロマトーシス(からだの中に鉄分が過剰になった状態)の方。鉄剤過敏症の方。

造影剤の血管外漏出(注射もれ)について：造影剤を急速に注入する必要がある為自動注入機を使用します。その際に、血管に圧力がかかって血管外漏出(もれ)が起こる事があります。始めの数日はもれた部位の腫れが大きくなることがありますが、ほとんどの場合時間と共に改善します。非常にまれですが重篤例では潰瘍の形成やコンパートメント症候群(組織、血管、神経の壊死や機能障害)などの可能性があり、手術が必要になる場合や後遺症が残る場合があります。

造影MR I 検査は、病気の正確な診断のために、一般的に行われている検査であります。造影MR I 検査をお勧めするのは、患者様のご病気を正確に診断し、最良の治療方針を決定するためです。内容をご理解された上で、造影剤を使用する検査を受けることにご同意いただける場合は、下記にご署名の上、検査当日に、放射線科受付にご提出ください。なお、代理人の場合は、ご家族の中からお一人代表者の方が、続柄とともにご記入くださるようお願いいたします。

日本生命病院長殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明医師 _____

私は、現在の症状ならびに今回の造影剤を用いての検査について説明を受け、納得いたしましたので、造影剤の使用に同意します。

年 月 日

患者氏名(又は親権者) _____

家族 _____

(患者との関係) _____

MRI 造影剤の使用における副作用の説明

① 通常の造影MRI検査(ガドリニウム製剤)の副作用

- ・ 軽い副作用として吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などがみられます。頻度は 1% 程度です。
- ・ 重い副作用として血圧低下、呼吸困難、意識障害、痙攣、ショックなどがあります。頻度は 0.05%以下ですが治療のため入院が必要になる場合や後遺症が残る可能性があります。
- ・ 非常にまれですが約 100 万人に 1 人の頻度で死亡する可能性があります。
- ・ 副作用は 30 分以内におこることが多いですがまれに遅れて生じることがあります。
- ・ 喘息の方は副作用の確率が 10 倍高くなるとされています。また、アレルギー体質の方も副作用の危険が高くなる可能性があります。
- ・ 腎機能が低下している場合は腎性全身性線維症(NSF)といって皮膚や皮下組織が硬化したり臓器が線維化して重篤な場合は死にいたる可能性があります。

② 肝リゾビストMRI検査(超常磁性酸化鉄剤リゾビスト)の副作用

- ・ 造影剤が皮下に漏れた場合、皮膚に色素沈着をおこす可能性があります。
- ・ 軽い副作用として背部痛、腰痛、熱感、血圧上昇、悪寒、発疹、鼻出血がみられます。頻度は 1%以下です。
- ・ 極めてまれですが重い副作用として呼吸困難、血圧低下、ショック、中毒性表皮壊死融解症などがみられます。これらの副作用には治療のため入院が必要になる場合や後遺症が残る可能性があります。
- ・ 鉄過剰症(ヘモクロマトーシスなど)のある患者さんでは症状の悪化する可能性があります。
- ・ 鉄剤過敏症、造影剤の副作用歴がある場合には副作用の発現の危険性が高くなります。

MR I 造影剤(①ガドリニウム製剤

②超常磁性酸化鉄造影剤リゾビスト)使用同意書承諾書

(患者様控え)

MR I 検査には、造影剤を用いないで行うMR I 検査と造影剤を静脈内に注射しながら行う造影MR I 検査があります。造影剤の必要性については、脳、肝臓、脾臓、腎臓などの目的の臓器や症状によって判断します。造影剤にはまれですが死亡を含む副作用があります。

別紙 放2-1の「MRI 造影剤の使用における副作用の説明」をお読みください。

以下の方は原則として造影検査を受けられません。

1. 以前に造影剤(MR I 造影剤)による副作用のあった方。
2. ガドリニウム製剤の場合、気管支喘息の方。
3. 超常磁性酸化鉄造影剤リゾビストの場合、ヘモクロマトーシス(からだの中に鉄分が過剰になった状態)の方。鉄剤過敏症の方。

造影剤の血管外漏出(注射もれ)について: 造影剤を急速に注入する必要がある為自動注入機を使用します。その際に、血管に圧力がかかって血管外漏出(もれ)が起こる事があります。始めの数日はもれた部位の腫れが大きくなることがありますが、ほとんどの場合時間と共に改善します。非常にまれですが重篤例では潰瘍の形成やコンパートメント症候群(組織、血管、神経の壊死や機能障害)などの可能性があり、手術が必要になる場合や後遺症が残る場合があります。

造影MR I 検査は、病気の正確な診断のために、一般的に行われている検査であります。造影MR I 検査をお勧めするのは、患者様のご病気を正確に診断し、最良の治療方針を決定するためです。内容をご理解された上で、造影剤を使用する検査を受けることにご同意いただける場合は、下記にご署名の上、検査当日に、放射線科受付にご提出ください。なお、代理人の場合は、ご家族の中からお一人代表者の方が、続柄とともにご記入くださるようお願いいたします。

日本生命病院長殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明医師 _____

私は、現在の症状ならびに今回の造影剤を用いての検査について説明を受け、納得いたしましたので、造影剤の使用に同意します。

年 月 日

患者氏名(又は親権者) _____

家族 _____

(患者との関係) _____