

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

MR I 造影検査のための問診票

記載日： 年 月 日

患者番号： _____

様 (性別：) (年齢：)

検査を行うための参考といたしますので、下記の質問についてお答えください。

ご注意 ・気管支喘息のある方、過去に造影剤のアレルギーを起こした方、腎機能が低下している方や、腎臓の手術をした方、妊婦もしくは妊娠の可能性のある方は造影剤の注射が出来ない場合がありますので、該当する方は申し出てください。

- 現在の体重は何kgですか？ [kg]
- 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
無 ・ 有 [CT造影 ・ MRI造影 ・ 血管造影 ・ その他]
有の場合副作用がありましたか？
無 ・ 有 [じん麻疹 ・ 吐き気 ・ 嘔吐 ・ 発赤 ・ 呼吸困難 ・ 意識障害
その他（詳細： ）]
副作用があったのはいつですか？
検査中 ・ 検査後 []
- アレルギー体質と言われたことがありますか？
無 ・ 有 [ぜん息 ・ じん麻疹 ・ 花粉症 ・ その他
薬剤（ ） ・ 食べ物（ ）]
- 次の病気はありますか？ またはかかったことがありますか？
無 ・ 有 [心臓の病気（心不全・狭心症等） ・ 肝臓の病気（肝硬変等）
糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 腎臓の病気（腎不全）
その他（ ）]
- 現在薬を服用していますか？
無 ・ 有 [血圧の薬（ ）
糖尿の薬（ ）
その他（ ）]
- 気管支喘息（ぜんそく）の発作を起こしたことがありますか？
無 ・ 有 [最終発作 年 月]
- 最後の食事は何時でしたか？
[時]
- 女性の方へ：現在妊娠またはその可能性がありますか？
無 ・ 有

●授乳中の方は造影剤投与後24時間は授乳できません

ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

埼玉成恵会病院 TEL：0493-23-1221（内線：1522）

MR I 造影剤使用検査に関する 説明・同意書

患者番号： _____

様

私は、 _____ 様 に MR I 検査にて造影剤を使用するにあたって、以下の説明を行いました。

① 造影剤を使用する事による検査の有用性

造影検査とは、造影剤の注射をして行う検査です。この検査により病変の性状や部位などがわかりやすくなり、診断に大変役に立ちます。今回の検査ではガドリニウム製剤という造影剤を静脈注射にて行います。また、次に該当する方は造影剤の注射が出来ない場合があります。

- 気管支喘息のある方
- 過去にMR I 造影剤のアレルギーを起こした方
- 腎機能が低下している方や腎臓の手術をした方
- 妊婦もしくは妊娠の可能性のある方

② 副作用の可能性

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに次のような副作用が生じる場合があります。

- 軽い副作用： ほとんどが、くしゃみや一時的に気分が悪くなったり、吐き気、かゆみ、発疹、動悸、頭痛などといった軽いものです。これらの副作用は100人につき1人（1%）程度の割合で起こります。
- 重い副作用： 呼吸困難・意識低下・めまい・血圧低下など。これらは治療のための入院や手術が必要な場合もあり、また、まれに後遺症が残る可能性もあります。これは、19万人につき1人（0.000005%）程度の割合で起こります。
- 非常にまれですが、病状、体質によってショック状態を起こし、死亡した報告があります。これは、83万人につき1人（0.0000012%）程度の割合で起こります。
- まれに注入時に造影剤が血管外に漏れると、腫れてしましますが時間経過とともに吸収されます。

これらの副作用が生じた際には、緊急処置を取らせていただく場合があります。また、副作用のほとんどが直後から30分以内に起こりますが、数時間から数日後に副作用が起こる場合がありますので、何か異常が現れた場合には、病院にご連絡ください。

③ 問診票の記載についてのお願い。

④ 自分の意思に従い検査を拒否する権利。

説明医師： _____

埼玉成恵会病院 院長 殿

私は、この度予定された造影剤を用いたMR I 検査を受けることについて、その必要性・内容・造影剤による副作用について丁寧な説明を担当医師から受け、十分に理解しましたので造影剤の使用に同意いたします。また、緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受ける事にも同意いたします。

同意書記載日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名： _____

住所： _____

保護者または代理人署名： _____ (続柄： _____)

MR I 造影検査での注意点

患者番号： _____

_____ 様

造影検査前の食事と水分摂取について

画像の評価の維持のため、薬の副作用の軽減のため、以下をご注意ください。

- 予約の検査前の1回の食事はとらないでください。
午前中の検査では朝食、午後の検査では昼食を控えてください。
緊急に造影の検査を行う時には、最後の食事から3時間以上空けてから行います。
検査時間の3時間前から食事を控えるようにお願いします。
(主治医において制限がない場合はこの限りではありません)
- 水分摂取はお水であれば制限の必要はありません。検査前後、制限はありません。
ただし、甘味料の入った飲料水は飲まないようにお願いします。
造影検査の30分から1時間前に200ml～400mlのお水やお茶を摂取することが副作用の低減につながります。
- 脱水や無理な長時間の禁食は副作用の発現率を高めてしまうだけでなく、腎機能の低下をまねくおそれがありますので、必要以上の食事制限は注意してください。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

埼玉成恵会病院 TEL：0493-23-1221（内線：1522）

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

造影MRI | 検査の案内・問診票

患者番号： _____

様

あなたの検査日時は、 _____ から の予定です。
検査当日は、開始予定の30分前までに受付を済ませ、13番・点滴室で造影剤用の針を入れてもらい
この用紙を画像センター（放射線科）に提出してください。
※緊急検査等により時間が前後する場合がありますので、ご了承下さい。
検査時間に遅れて来院いたしますと、検査が出来ない場合がありますのでご注意ください。
※都合によりキャンセルされる時には当日でも構いませんので、下記まで連絡をお願いします。

検査前の注意と確認事項

- 検査前の食事制限があります。※詳細は別紙、造影検査での注意点を参照してください。
- 磁気を用いる検査ですので、所持品を持ち込まれると破損したり、画像に影響を与えたりします。検査室には以下の持ち込みはできません。予めお持ちしておいてください。
 - ・ 磁気カード …… キャッシュカード、クレジットカード 等
 - ・ 精密機器 …… 携帯電話、時計、補聴器 等
 - ・ 金属類 …… 義歯、財布、鍵、カイロ、ヘアピン、アクセサリ、カツラ 等
- ボタンや金属のついた服や下着（ブラジャー等）ヒートテック衣類は着用を控えていただくか、着替えていただく準備をお願いします。また、湿布や禁煙貼り薬、エシキバン等もはさずしておいてください。ファンデーションやマスカラ、カラーコンタクトなどには鉄分が含まれている場合がありますので、お控えください。
- ペースメーカーや除細動器装着の方は原則検査ができません。
- 妊娠している方または可能性のある方は原則検査ができません。
- 以下の問診にご記入いただきますよう、おねがいします。

問 診 項 目	
① 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか	はい：いいえ
② 人工内耳・人工中耳を装着していますか	はい：いいえ
③ 古い人工心臓弁を装着していますか	はい：いいえ
④ チタン製以外の動脈瘤クリッピング術をしていますか	はい：いいえ
⑤ 体内に金属を埋め込む手術をしていますか	はい：いいえ
⑥ 義眼を装着していますか	はい：いいえ
⑦ 埋め込み式補聴器をしていますか	はい：いいえ
⑧ 磁石で固定させる入れ歯をしていますか	はい：いいえ
⑨ 入れ墨・アートメイクをしていますか	はい：いいえ
⑩ 金属製の避妊用リングをしていますか	はい：いいえ
⑪ 閉所恐怖症ですか	はい：いいえ
⑫ 現在の体重を記入してください	kg

上記①～④のいずれかに該当する方は、原則検査ができません。

また、⑤～⑩のいずれかに該当する方は、手術された病院、製造メーカー等に確認が必要ですので、MR I 検査が可能か、事前にご確認下さいますようお願いいたします。

※以上、同意していただきましたら署名いただき、検査当日ご持参ください。

記入日 年 月 日 本人 代理人 御年令 才
署名

ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

埼玉成恵会病院 TEL：0493-23-1221（内線：1522）