

造影 MRI 問診・同意書

・3か月以内の eGFR 値

・または採血日

20 年 月 日 予定

ID :

氏名 :

生年月日 :

検査部位

検査日時

食事制限

医師からの服用中のお薬の指示 :

1、MRI 検査に関する問診

安全に検査を施行するため、下記の項目について記入をお願い致します。

1. MRI 検査を受けるのは初めてですか？ いいえ はい

2. 体内に以下のような、医療用の金属・機器・人工物がありますか？ いいえ はい

該当するものに○をつけてください

- ・心臓ペースメーカー (MRI 対応を含めて) ・埋め込み型除細動器 : ICD ・埋め込み型心電用データレコーダー : ILR
- ・可変圧式バルブシャント (脳室シャント・V-P シャント) ・人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置
- ・脊髄刺激装置、脊椎管内リード線 ・脳動脈クリップ (クモ膜下出血の手術、MRI 対応を含めて)
- ・消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ ・乳房ティッシュエキスパンダー (皮膚拡張)
- ・心臓や血管内の金属類・人工物 <人工心臓弁、ステント、コイル、人工血管、フィルター、リード線など>
- ・気管や食道、胆管などの金属ステント ・脊椎固定具、人工関節、人工骨頭 (整形外科手術)

3. 体内に外傷による金属片 (鉄片や銃弾破片など) がありますか？ いいえ はい

以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい。

- ・義眼 ・義足 ・義手 ・かつら ・体内置き針 ・義歯 (入れ歯、インプラント、磁石を利用した義歯)
- ・歯列矯正器具 ・補聴器 ・避妊リング ・コルセット ・カラーコンタクトレンズ ・ホッカイロ

※2~4 以外の金属、機器、人工物があればご記入下さい。

【

4. 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？ いいえ はい

5. 貼り薬 (外すのに医師の指示が必要なものを含め) を貼っていますか？ いいえ はい

6. 刺青 (タトゥー) をいれていますか？ いいえ はい

7. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい

◎MRI 検査の注意事項

MRI 検査は磁場 (磁石) と電波を利用して体内の情報を画像化するものです。次のものは故障したり、検査に影響を及ぼすことがありますので、検査前に必ず取り外すようお願いします。

・金属製のもの (時計・携帯電話・眼鏡・鍵・ライター・ヘアピン・ネックレス・ピアス 等)

・磁気を使用したもの (キャッシュカード・テレホンカード・定期券 等)

・金属のついているもの (ブラジャー・入れ歯・カツラ 等)

・検査当日はスーパーミリオンヘアを含む白髪対策スプレーの使用はしないでください。

2、MRI 造影剤に関する問診

造影検査とは

今回実施するMRI検査は、造影剤（ガドリニウム製剤）という薬の注射をします。造影剤はMRI検査で病気の有無や病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使うかどうかは検査の部位や目的によってさまざまで、検査に応じて主治医・担当医が判断致します。

造影剤を使うとまれに副作用が起こることがあります。副作用の種類は次のようなものです。

危険性・副作用について

- **血管外漏出**：造影剤を投与する際、稀に血管外に造影剤が漏れて注射部が腫れて、痛みを伴う場合があります。通常は時間が経てば自然に吸収されます。
- 主な副作用(1000人に1人程度)：**頭痛、発疹、熱感、潮紅** など。
- 重大な副作用(1万人に1人程度)：**血圧低下、呼吸困難、意識消失、けいれん発作** など。
極めて稀ですが、**死亡例もあります。**
重篤な腎障害がある患者様では、腎性全身性線維症(NSF)が現れることがあります。
(皮膚搔痒、腫脹、硬化、関節の硬直、筋力低下など)
- 体調の異変を感じられた方は、すぐにお申し出ください。
- 遅発性副作用：ほとんどの副作用は検査中に起こりますが、稀に投与後、1時間～数日後に**蕁麻疹**などの副作用が生じることがあります。

※※※気管支喘息・腎機能障害のある患者様は造影剤の使用ができない場合があります。※※※
以下の設問に「はい」がある場合は依頼医師にお伝えください。

造影剤を使用しての検査を安全に行うために、下記の設問にお答えください。

(※場合によっては造影剤の使用を控えます。)

1. 過去に造影検査で副作用症状が現れたことがありますか？ いいえ はい
(検査内容・症状：) ←
2. 気管支喘息はありますか？ いいえ はい
3. アレルギー性の病気・体質を指摘されたことがありますか？ いいえ はい
(病名等：) ←
4. 腎機能が悪いと言われたことはありますか？ いいえ はい

同意書

MRI検査・造影剤の使用に関する意義および注意事項、検査の必要性について説明を受け、質問する機会を得ました。造影MRI検査を実施する事に同意します。

西暦 年 月 日

患者または家族・代理人の署名

[続柄：]

西暦 年 月 日 依頼・説明医師