

体重()kg *検査ができませんので必ずご記入下さい。

氏名

生年
月日

年 月 日(時 分)施行

* (該当を囲む) HBs抗原・HCV・HIV・ワ氏・MRSA
ストレッチャー・車椅子

無	有	【患者状態/単純・造影撮像共通】
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	心臓ペースメーカー・ICD
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補聴器
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	人工内耳・神経刺激装置など体内電子装置
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 *磁石利用は磁力低下の可能性あり
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体内金属、事故による金属片、刺青 ↳ (脳動脈クリップ・心臓人工弁・ステント プレート・人工骨頭/関節・刺青など)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	アルミニウム支持の貼付剤(ニトロダーム等)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	閉所恐怖症
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妊娠初期、妊娠の可能性(12週以内) ↳ 検査当日()週
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	体外骨固定具 ↳ (MRI対応・MRI非対応)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発作を起こす可能性 ↳ (てんかん・心臓・喘息・他)
		その他注意事項()

原則禁止事項、禁忌 (上欄の太字の項目に該当の場合、中止または実施施設に確認。確認不可能は中止)

- ・心臓ペースメーカー及び体内埋め込み式電子装置が挿入されている場合
- ・事故等による体内金属片(強磁性体)が脳、目、肺、脊椎、皮下にある場合
- ・妊娠初期(12週)のMRI検査及び妊娠中の造影MRI検査
- ・喘息の造影MRI・**高度腎機能障害(eGFR 30mL/min/1.73m²以下)の造影MRI検査は禁忌**

部位 単純・造影 頭部・顔面・頸部・胸部・腹部・MRCP・骨盤・頸椎・胸椎・腰椎・上肢・下肢・MRA・他()

造影剤を用いるMRI検査を受けられる方へ

今回実施するMRI検査は、“造影剤”という薬剤の注射をして行います。造影剤は、病気を検出したり、病気の性質をより詳しく診断したりするために使われます。造影剤を使わなくても検査はできますが、病気や検査部位によっては、より正確な診断を行うために造影剤が必要です。これは安全な薬剤とされていますが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

- 1)軽い副作用:吐き気・嘔吐・熱感・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的には治療を要しません。このような副作用が起こる確率は約100人につき1人以下、つまり1%以下です。
 - 2)重い副作用:呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。このような副作用は治療が必要で、後遺症がのこる可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は約1万人に1人、つまり0.01%です。
 - 3)重篤な副作用:非常にまれですが、病状や体質によって約100万人に1人の割合(0.0001%)で死亡する可能性があります。
- また造影剤を勢いよく注入する必要がある検査で、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。通常は、時間が経てば吸収されて心配ありません。もれた量が多い場合は、別の処置が必要となることもあります。非常にまれです。

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわず、すぐお知らせください。検査をできるだけ安全確実に行うために以下の質問にお答えと日付・続柄・署名の記入をお願いします。

造影MRI検査のための問診

1. 今までに造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか? なし あり: MRI検査、CT検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影
2. その時、副作用はありましたか? なし あり:じんましん、吐き気、嘔吐、他()
3. 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことがありますか? なし あり
4. 今までに薬や食物でアレルギーがでたことはありますか? なし あり
5. 現在、妊娠中ですか? なし あり 検査当日()週
6. 現在、授乳中ですか? なし あり (最低24時間は授乳を中止)
7. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか? なし あり

eGFR	mL/min/1.73m ²	検査日	月	日
------	---------------------------	-----	---	---

造影MRI検査承諾書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

承諾日: 年 月 日 患者または代理人(続柄) (署名) _____

【単純・造影撮像共通】

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、責任をもって問診をしました。	
年 月 日 病院(医院)	医師氏名: (署名) _____