

MRI検査安全確認票(兼承諾書)

新潟県立吉田病院提出用

安全な検査のために各項目をすべて問診してください。

【患者状態／単純・造影撮像共通】＊下記の該当を囲む

体重()kg
※体重記載がないと検査ができません

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

☐ ☐ 心臓ペースメーカー・ICD・インスリンポンプ等

☐ ☐ 補聴器・かつら・増毛パウダー(スーパーミليونヘアー等)・
義眼・アイメイク・ネイルアート・コンタクトレンズ(カラーも含む)等

☐ ☐ 人工内耳・神経刺激装置等の体内電子装置

☐ ☐ 義歯 ＊磁石利用は磁力低下の可能性あり

☐ ☐ 体内金属・事故による金属片・刺青・アートメイク
↳ (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・その他【 ()
(部位・詳細 ()
(安全確認 済 ・ 未)

☐ ☐ アルミニウム支持の貼付剤(ニトロダーム等)

☐ ☐ 閉所恐怖症

☐ ☐ 妊娠初期・妊娠の可能性(12週以内)
↳ 検査当日()週

☐ ☐ 体外骨固定具
↳ (MRI対応・MRI非対応)(部位・詳細 ()

☐ ☐ 発作を起こす可能性
↳ (てんかん・心臓・喘息・その他【 ()

その他注意事項:

原則禁忌事項、禁忌 (上欄の太文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)

- 1) 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
- 2) 事故等により体内金属片(強磁性体)が脳、目、肺、脊椎、皮下等にある場合
- 3) 妊娠初期(12週)のMRI検査及び妊娠中の造影MRI検査
- 4) 喘息の造影MRI・高度腎機能障害(eGFR 30mL/min/1.73m²未満)の造影MRI検査

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”という薬剤を注射して行います。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、胆のう検査、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()
↳ 検査施行 ☐ 可 (医師記入)
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 ☐ 治療中 詳細: ()
↳ 検査施行 ☐ 可 (医師記入)
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 詳細: ()
↳ 検査施行 ☐ 可 (医師記入)
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)といわれたことがありますか？ ☐ はい ☐ いいえ

eGFR mL/min/1.73m² 検査日 年 月 日
(eGFR値 30未満禁忌) ※MRI検査日から3か月以内

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しましたので、造影検査を受けることに同意します。
(同意された場合でも、検査前まで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(医)院 クリニック 医師氏名: (署名) _____