

様

ID :

(お知らせ)

検査日: 年 月 日 (曜日)

開始時間: ~ ※30分前までに受付を済ませ外来にお越し下さい
※8時30分に検査を受ける方は8時30分頃にお越し下さい

医師説明と患者（ご家族）様への依頼記録

患者様、ご家族様へ

- 納得できるよう遠慮なく医師にご質問してください
- 納得できましたら、その場で患者様ご本人、或いはご家族様の署名をお願いします
- 本書の紛失または汚損には十分にご注意をお願いします
- これは当日の検査のみ、有効とします

医師による説明の記録

(目的)

MRI造影剤はMRI検査で病変をより鮮明に確認する目的で使用します。

病気の種類によっては、造影剤を使用しなければ診断・治療に必要な情報が得られないことがあります。

(禁忌)

- ・ガドリニウム系造影剤又はマグネシウム造影剤に対し過敏症の既往歴のある方
- ・一般状態が極度に悪い方
- ・気管支喘息の方
- ・重篤な肝障害の方
- ・重篤な腎障害の方

(慎重投与)

- ・アレルギー体質
- ・薬物過敏症の既往歴がある方
- ・妊娠又は妊娠している可能性のある方、また授乳中の方
- ・幼児、小児の方

(方法)

造影剤は主に腕の静脈から注射します。腎臓または肝臓の働きが正常であれば24～48時間後にはほとんど尿又は糞便中に排泄される安全な薬ですが、まれに次のような副作用が起こることもあります。

- ① 重大な副作用 : ショック・アナフィラキシー様症状・腎性全身性線維症*1等
- ② 軽い副作用 : 発疹・蕁麻疹・鼻出血・熱感・倦怠感・嘔気・血圧上昇・冷汗等
- ③ その他の副作用 : 造影剤の血管外への漏れがあります

*1: 最近の報告で腎機能が高度に低下した方に発症した例があります。腎機能が悪い方には造影剤を使用するかどうかを慎重に決定する必要があります。腎臓病の有無、透析を受けている方についてはもれのないように問診票に記入してください。

(予測される危険性)

副作用の発現率: 1.21%*2 *2: 承認時及び再審査終了時の集計結果

造影検査は、主治医又は受診科担当医が診断に最適と考えられる造影剤の投与方法（濃度・量・注射の速度など）を指示します。また場合により依頼された造影検査を中止することがあります。

午前中に検査のある方は朝食、午後に検査のある方は昼食を**摂取しないでください。それ以降は、検査終了まで禁食です。****検査開始6時間以内に食事をされた場合は検査ができないことがあります。**

造影検査中は看護師と診療放射線技師が常に観察しており、何か異常が現れた場合にはすぐに造影を中止し、医師が適切な対処をいたします。

* 検査後に異常と思われる症状が現れた場合は、下記へご連絡下さい。

下田メディカルセンター

静岡県下田市6丁目4-10

予約専用:0558-38-0443

指示医

発行

MRI検査説明書

- MRI検査は磁石の力を利用して検査を行います。トンネル状の磁石の中に入り検査が始まると大きな連続音がなります。検査中は体を動かさないで下さい。
- 外来の方は造影検査の準備がありますので、30分前までに受付を済ませて、各科外来にお越し下さい。
他の患者様のご迷惑になりますので、来院時間は厳守して下さい。
遅れた場合は予約を取り直していただくこともありますので、ご了承下さい。
入院の患者様は放射線室からご連絡いたします
- 検査前に身に付けている金属類で外せるものは外していただきます。
検査部位によって外していただくものがあります。
下記の物は検査室に持ち込まないで下さい。
(キャッシュカード・テレホンカード等の磁気カード、携帯電話、カギ、ライター等)
- 検査当日は濃い化粧、アイシャドウ整髪料、制汗剤等の使用は検査に支障がでますので控えて下さい
- **上腹部の検査をされる方は検査時間6時間前から絶食として下さい**
- 造影検査を受けられる場合は、造影検査説明書・問診票をよくお読みになって下さい。
そのうえもチェックとご署名をお願いいたします。(2部は患者様保存用、もう1部は病院保存用になります)
また検査前に記入内容を撤回される場合は、スタッフにその旨をお話下さい
- 検査の状況によっては検査開始時間が遅れることもありますので、ご了承下さい。
- 閉所恐怖症の方、妊娠中・授乳中の方、以前手術や外傷で体内に金属がある方
(止血クリップ、人工弁、コイル、ステント等)は検査ができないことがありますので、必ず担当医師にご相談下さい。
また、ペースメーカーを使用されている方は検査をすることができないので、必ず担当医師にご相談下さい。
- 何かご心配なことや不安なことがありましたら、お気軽に放射線技師にお尋ね下さい。

下田メディカルセンター

静岡県下田市6丁目4-10

予約専用:0558-38-0443

指示医

発行

造影MRI検査問診票

ID

様

検査日：____年____月____日（__曜日）

開始時間：_____～ ※30分前までに受付を済ませ外来にお越し下さい

※8時30分に検査を受ける方は8時30分頃にお越し下さい

安全な検査を行う為に必要ですので下記の質問にお答え下さい。

1. 体表・体内金属物

- 無
- 有（ペースメーカー・手術後の止血クリップ・人工心臓弁・動脈塞栓コイル・シャント
ステント・人工関節・骨折固定用プレート・ボルト・人工内耳・補聴器・入れ歯・貼付薬）

2. 持病・既往歴

- 無
- 有（気管支喘息・アレルギー・肝臓障害・腎臓障害・ヘモクロマトーシス等鉄剤過敏症・薬物過敏症）

3. その他

- 無
- 有（妊娠・授乳中・閉所恐怖症・入墨）

4. 現在透析を受けていたり、腎機能が低下していると言われたことがありますか？

- いいえ eGFR値： - 検査未実施 _____
- はい ※当院では原則3ヶ月以内の血液データ（eGFR値45以上）を推奨しております。

造影許可署名： 主治医

説明を受けた患者（ご家族）様の記録

下記のどちらかにチェックの上、ご署名をお願いいたします

- MRI造影検査について担当医師からその必要性、それに伴う危険性などについて詳しく説明を受け、納得いたしましたので、造影検査に必要な処置を行うことを依頼致します。
- MRI造影検査について説明を受けましたが、造影剤を使用せずに検査を行うことを依頼致します。それによって自らが被る不利益に関して主治医・病院の責任を追及致しません。

*検査前にいつでも撤回することができます、その場合は造影検査の説明をした医師またはスタッフにご連絡下さい。

患者様署名： _____ 続柄： _____

署名年月日： _____年 _____月 _____日

*ご本人が署名できない場合は、ご家族様が署名してください

説明した医師： _____ ⑩

年月日： _____年 _____月 _____日

下田メディカルセンター

静岡県下田市6丁目4-10

予約専用:0558-38-0443

発行