

MRI検査問診票・確認書

ID : 氏名 : 様

MRI検査の必要性につき十分説明を受けたうえで、検査を安全に受けていただくために以下の文書をよく読んで
問いにお答えください。（わからない部分はスタッフにお尋ねください。）

警告：MRI装置内は強力な磁場が常に存在します。案内があるまで、MRI検査室に決して入らないでください。
体内に埋め込まれた金属があると、検査に支障があり、MRI画像にも影響することがあります。
体内に金属がある場合には、下記に必ず記入のうえ、MRI検査室の技師、看護師、放射線科医に申し出てください。

- 1 過去にMRI検査を受けたことがありますか。 ☐ない ☐ある（ここで / 他院 で）
- 2 過去にMRI検査を受けたことのある方はその際に何らかの副作用あるいは支障がありましたか。
☐ない ☐ある [詳細]
- 3 外科的手術、内視鏡手術を受けたことがありますか。
☐ない ☐ある [詳細]
- 4 下記の人工物で該当するものに☑してください。なければ該当なしに☑してください。

心臓ペースメーカーの有無 必ずご記入ください

☐心臓ペースメーカーあり ☐心臓ペースメーカーなし

これらの金属を含む人工物のある方はMRI検査ができない場合があります。

- ☐脳動脈クリップ* ☐動脈クリップ* ☐銃弾片、固着していない金属片 ☐心電図計、電極
☐神経刺激器 ☐シャントチューブ（磁力で調整するもの）
☐スワンガンツカテーテル ☐止血用クリップ ☐眼窩内金属性異物
☐磁性アタッチメントのある（歯科用）インプラント ☐DIBキャップ（尿道留置カテーテル用キャップ）
☐インスリンポンプ ☐補聴器（埋め込み式、人工内耳） ☐青以外の色のある入れ墨
☐該当なし

金属の素材や挿入時期、撮影部位により身体や画像に支障が出ることがあります。違和感があればお知らせください。

- ☐冠動脈ステント ☐血管内フィルター ☐心臓人工弁
☐人工関節 ☐骨折接合用金属（ネジ、ピン等） ☐外れない人工器官（義肢、義眼、義歯）
☐ワイヤー（針金）縫合 ☐歯列矯正ワイヤー ☐血管内薬剤注入用ポート
☐避妊器具（子宮内リング等）
☐その他人工物（ ） 施行時期（ 年 月 週前）
☐該当なし

これらはMRI検査室内に持ち込まないように前もって外してください。

- ☐コンタクトレンズ ☐外せる義歯（入れ歯、差し歯） ☐補聴器 ☐貼り薬（鍼・エレキバン含む）
☐輸液ポンプ ☐酸素ボンベ ☐血糖自己測定器 ☐鉗子、安全ピン
☐かつら、ウィッグ ☐アイメイク ☐ネイル ☐増毛パウダー・スプレー

- 5 現在妊娠中あるいはその可能性がありますか。 ☐ある ☐いいえ ☐わからない
- 6 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか。 ☐はい ☐いいえ
- 7 仰向けに寝て30分程度じっとしていることが困難ですか。 ☐はい ☐いいえ
- 8 狭心症、てんかん、喘息などの発作の既往がありますか。 ☐ある ☐いいえ ☐わからない
- 9 体重を教えてください。 _____ kg

はいの方は処方等
主治医と相談を

※記入者 ☐本人 ☐代理人（続柄： ） ☐医師 ☐看護師 ☐（ ）

年 月 日 署名

※主治医確認：上記を確認し、MRI検査を許可する。

年 月 日 署名

独立行政法人 国立病院機構 愛媛医療センター

ガドリニウム造影剤検査（MRI）説明書

あなたの病気の診断を確実に進めるために、この度ガドリニウム造影剤を使用した造影MRI検査が必要となりました。

この検査ではガドリニウム造影剤を《静脈内注射・その他（ ）》にて使用します。以下の説明をよく読んでいただき、別紙「ガドリニウム造影問診票および同意書」の記入をお願いします。わからないことがありましたら、説明医ないしスタッフにお尋ねください。

1. 造影検査の必要性について

ガドリニウム造影剤を使うと、病気の性質や血管、臓器との関係がより明瞭にうつされますので、状態をより正確に知ること、病変の見落としを少なくすることができます。ガドリニウム造影剤を使わなくてもMRIは撮影できますが小さな病変や、正常な組織と同じように見える病変等、病気によっては診断できないことがあります。

2. 造影剤の危険性について

ガドリニウム造影剤を使った検査には以下のような危険性があります。

- ・ 1%前後の方にかゆみ、じんましん、吐き気、頭痛などの軽い症状がおこることがあります。ほとんどが一時的で、経過観察あるいは症状に応じた処方・注射を追加することで軽快するものです。
- ・ 造影剤の注射が漏れて痛みを感じたり処置が必要になることがあります。できるだけ事前にチェックし安全に行えるよう心がけています。
- ・ 病状・体質によっては生命にかかわる重篤な症状が発生する場合があります。重篤なものは1.5万人に1人（0.0065%）、死亡例は100万人に1人（0.0001%）ときわめて稀なものです。すぐに副作用に応じた必要な処置がとれるよう検査にあたるスタッフはもちろん、病院としても万ーの場合の準備を整えています。
- ・ 上記の症状は検査中～終了後30分以内で出現することがほとんどですが、後になって症状があらわれる可能性もあります。中～重度の腎機能の低下のある方では後日、腎性全身性繊維症（NSF）を発症し、衰弱から死に至ることがあると報告されています。皮膚の熱感、かゆみ、突っ張り、硬化、赤色／黒色班、関節の硬直、筋力低下等がその兆候です。近頃の腎機能の結果がなければ採血が必要です。このような検査に伴う症状を起こす危険性があっても、より正確に診断し治療の方針をたてる、あるいは今後の予測をつけるために、造影検査で得られる情報が必要な場合に行います。

3. 検査前後に注意すること

- ・ 造影剤使用後何か異常が現れた場合には、最寄りのスタッフもしくは受診科にご連絡ください。
- ・ 造影剤が排泄されやすいように水、お茶などの水分を普段より多めにとってください。
- ・ 授乳中の方は、2～3日は控えて、搾乳は積極的に行ってください。

4. その他

検査が不都合になった場合は早めに受診科に連絡をしてください。

記入した造影剤使用の同意は事前に撤回することもできます。

別紙の問診の結果や検査時の状態によっては主治医ないし説明医と相談の上、あるいは検査担当医の判断で造影剤の使用を中止することがあります。

ガドリニウム造影検査（MRI） 問診票および同意書

問診票

- ①過去にガドリニウム造影剤を使ったMRI検査をしましたか。
☐はい ☐いいえ
- ②上記にて副作用がでたことがありますか。
☐はい（検査名 症状 ）
☐いいえ
- ③喘息はありますか。
☐はい ：原則としてできませんが、特に必要とする場合慎重に行うこととされています。
☐いいえ
- ④アレルギー体質ですか。
☐はい（じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、食物・薬物アレルギー）
（その他 ）
☐いいえ
（副作用の頻度が高くなる場合があります。ヨード造影剤で副作用の出た方もお知らせください）
- ⑤以下の疾患があれば造影剤使用により、症状が悪化したり造影剤副作用の頻度が高くなる場合がありますので○で囲んでください。ない場合は「該当なし」にチェックしてください。

重篤な心障害・重篤な腎障害・重篤な肝障害・痙攣・てんかん・一般状態の極度の悪化

☐該当疾患なし

★主治医ないし説明医にお尋ねします。

●eGFR _____ ml/min/1.73m²（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

eGFR<30ml/min/1.73m²で腎性全身性繊維症（NSF）の発症の可能性があります。
（日本人Cr換算1.7mg/dl以上：換算表参照）。Cr異常値は使用回避を推奨。

●上記の問診票を確認して造影検査を許可しますか。

許可する場合は署名のうえ、ガドリニウム造影検査の説明をお願いします。

同意書

独立行政法人 国立病院機構 愛媛医療センター 病院長 殿

ガドリニウム造影剤検査の必要性和危険性、その他について医師より、別紙「ガドリニウム造影剤検査説明書」を参考資料として説明を受けました。その内容について同意します。
（質問と要望があればご記入ください）

年月日 : 年 月 日

医師氏名 :

患者氏名 :

代理人氏名 :

ガドリニウム造影検査（MRI） 問診票および同意書

問診票

- ①過去にガドリニウム造影剤を使ったMRI検査をしましたか。
☐ はい ☐ いいえ
- ②上記にて副作用がでたことがありますか。
☐ はい（検査名 症状 ）
☐ いいえ
- ③喘息はありますか。
☐ はい ：原則としてできませんが、特に必要とする場合慎重に行うこととされています。
☐ いいえ
- ④アレルギー体質ですか。
☐ はい（じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、食物・薬物アレルギー）
（その他 ）
☐ いいえ
（副作用の頻度が高くなる場合があります。ヨード造影剤で副作用の出た方もお知らせください）
- ⑤以下の疾患があれば造影剤使用により、症状が悪化したり造影剤副作用の頻度が高くなる場合がありますので○で囲んでください。ない場合は「該当なし」にチェックしてください。

重篤な心障害・重篤な腎障害・重篤な肝障害・痙攣・てんかん・一般状態の極度の悪化

☐ 該当疾患なし

★主治医ないし説明医にお尋ねします。

●eGFR _____ ml/min/1.73m²（ _____ 年 _____ 月 _____ 日）

eGFR<30ml/min/1.73m²で腎性全身性繊維症（NSF）の発症の可能性があります。
（日本人Cr換算1.7mg/dl以上：換算表参照）。Cr異常値は使用回避を推奨。

●上記の問診票を確認して造影検査を許可しますか。

許可する場合は署名のうえ、ガドリニウム造影検査の説明をお願いします。

同意書

独立行政法人 国立病院機構 愛媛医療センター 病院長 殿

ガドリニウム造影剤検査の必要性和危険性、その他について医師より、別紙「ガドリニウム造影剤検査説明書」を参考資料として説明を受けました。その内容について同意します。
（質問と要望があればご記入ください）

年月日 : 年 月 日

医師氏名 :

患者氏名 :

代理人氏名 :