

MRI【単純】検査問診表兼同意書・MRI【造影】検査問診表(別紙同意書あり)

患者氏名	生年月日	M・T・S・H	年	月	日
------	------	---------	---	---	---

■ (全員) 検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。

★MRI検査装置は強い磁石を使用しています。体内の金属類についてお聞きします。

※下記に該当する患者様は、MRI検査を受けることができません。

(a) 体内電子機器を装着している(ペースメーカー、人工内耳、体内神経刺激装置など)	いいえ・はい	→検査不可
(b) スワンガンツカテーテル、脳室シャントチューブを挿入している	いいえ・はい	→検査不可
(c) 磁力で付着する義眼(取外せば可能)、眼窩部インプラント、眼窩内金属異物がある	いいえ・はい	→検査不可
(d) 入れ墨を入れている(火傷を負ったり色が褪せる場合があります)	いいえ・はい	→検査不可

- ① 脳動脈瘤クリップがある いいえ はい ※材質不明のものは検査を受けることができません
- ② 術後の体内金属がある いいえ はい (部位: _____) ※ステント等は術後8週目以降で検査可能
- ③ 義歯を使っている いいえ はい → 脱着: 可・不可 (マグネット式: あり・なし)
- ④ コンタクトレンズを使用している いいえ はい ※検査時は外していただきます
- ⑤ 薬剤浸透性絆創膏(コチパ[®]ツ)を貼っている いいえ はい ※検査時は外していただきます
- ⑥ アイシャドー・まゆ墨をしている いいえ はい ※火傷を負う場合があります
- ⑦ 避妊リングがある いいえ はい
- ⑧ その他の金属類が体内にある いいえ はい (内容: _____)

★患者さまの安全確保のためにお聞きします。

- ⑨ 妊娠している(妊娠の可能性がある) いいえ はい → (妊娠 _____ ヶ月)
- ⑩ 閉所恐怖症がある いいえ はい
- ⑪ 不整脈がある いいえ はい → (種類: _____)

◆【MRI単純検査同意書】※単純検査のかたのみ必ずご記入ください。

問診の結果及び検査の必要性・危険性について、医師の説明に理解し、検査を受けることに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者署名: _____

■ (造影検査のかたのみ) ※別紙同意書にご署名ください。

造影剤(ガドリニウム製剤)を安全に使用するため、以下の項目にお答えください。

※喘息の治療中はMRI造影検査を受けることができません。

(a) 喘息の治療中である いいえ はい → 検査不可

- ① 薬、食べ物にアレルギー反応はありますか いいえ はい → (かぜ薬、痛み止め、魚、卵、その他 _____)
- ② アレルギー性の病気がありますか いいえ はい → (喘息、アトピー性疾患、じんま疹、花粉症、化粧品等のかぶれ、その他 _____)
- ③ 過去に造影剤を使った画像検査を受けたことがありますか いいえ はい → (MR、CT、腎臓、尿路、血管、胆嚢、脊髓腔、子宮卵管、その他 _____)
※「はい」の方にお聞きします。造影剤による副作用はありましたか いいえ はい → (発疹、吐き気、くしゃみ、その他 _____)
- ④ 両親、兄弟等で①～③に該当する体質、病気の方はいますか いいえ はい → (続柄: _____ 内容: _____)

◆ (医師確認) 検査を依頼する医師がご記入ください。 ※別紙同意書をご説明ください。

血清クレアチニン _____ mg/dl (_____ 月 _____ 日測定、1.5mg/dl以上は検査不可)

※測定値は1～2ヶ月以内のもの

検査実施中 (検査結果 _____ 日後判明)

未検査 箕面市立病院で血清クレアチニン検査を受けるため、造影検査予約時間の1時間30分前に受診するよう患者様に指示しています。

■ 問診表確認日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 確認医師: _____

地域医療室へ **FAX**

MRI造影検査添付書類 ②
この書類は検査依頼書と一緒にFAXしてください。

MRI造影検査(ガドリニウム造影剤)説明書及び同意書

私は、患者様の病状、検査の必要性、危険性、合併症などについて、以下のように説明いたしました。

MRI造影検査では、ガドリニウム造影剤を静脈注射より体内に投与して検査を行います。造影剤によって血管や臓器が濃染され、病巣の有無や状態をより正確に評価するために有用です。

造影剤を使用しなくてもMRI検査は行えますが、正確な診断ができず病気を見落とす場合があります。造影剤使用の長所、短所をよく考えたうえで、医師が患者様にとって利益になると判断したため造影検査を勧めています。

造影剤は、有用な薬剤ですが、稀に下記に示すような副作用や血管外への漏れが起こることがあります。

*** 副作用について**

軽い副作用とは、発疹・掻痒感・吐気・嘔吐・頭痛・熱感などです。ほとんどで、すぐに症状は治まりますが、検査終了数時間後に発疹が現れることもあります。このような副作用の起こる確率は、約100～200人につき1人以下(0.5～1%以下)と報告されています。

重い副作用とは、ショック・アナフィラキシー症状・痙攣・呼吸困難などがあり、治療が必要になる場合があります。このような副作用の起こる確率は、約10万人につき1人と報告されています。また、約100万人につき1人と非常に稀ですが、他の薬剤と同様に、病状・体質によっては死亡する可能性があることが報告されています。

*** 造影剤投与時について**

勢いよく造影剤を注入し検査を行うため、正常に針が留置されていても血管外に造影剤が漏れることがあります。漏出した部位に腫れや痛みを伴うことがありますが、基本的には自然に吸収されるため心配ありません。漏れた量が非常に多い場合は、処置が必要となることもあります。

本検査は箕面市立病院で行います。箕面市立病院では造影MRI検査を年間約800件行っており、検査時は患者様の状態を観察し副作用などに対して迅速に対応するべく最善を尽くしています。

また、造影剤の必要性和危険性をよく理解していただいたうえで、安全に検査を行うために問診を行っています。問診でお答えいただいた内容及び当日の患者様の体調に問題があれば、箕面市立病院の医師が最終判断し造影剤を使用しない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

説 明 日 : 平成 年 月 日

説明医師署名 :

MRI造影検査(ガドリニウム造影剤)同意書

私は、造影検査について十分な説明を受け理解しました。造影検査を受けることに

同意します 同意しません※

○説明された内容について分からないことがある場合は、ご遠慮なく質問してください。

○同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

※同意できない(造影検査を受けない)場合による結果について、主治医・担当医・病院の責任を問わないことをご了承のうえご署名ください。

患 者 住 所

氏 名

同意日 平成 年 月 日

註: 患者様が未成年の場合は親権者が、患者様をご自分で記載できない状態のときは代理人が必要です。自筆でご署名ください。

親権者または代理人 住 所
氏 名

患者との続柄

同意日 平成 年 月 日