

患者 ID		性別/年齢	/
氏 名		紹介元施設	
生年月日		紹介元 連絡先	

MRI 予約票

検査部位

検査区分 造影（下腹部）

検査日時 月 日 / 時 分

初診受付を済ませて「30分前」までに「受付6番」へお越しください。

※食事は2時間前まで（軽食程度）

※水分は1時間前まで（水・さ湯・お茶のみ）

MRI 検査に関する注意事項です。検査前に必ずお読みください。

1. 検査前の注意・確認事項（該当される方は必ず主治医まで申し出てください）

- (1) 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)、植込み型心電計、水頭症治療用シャントバルブや、人工内耳の装着者は、当院では検査できません。
- (2) 脳動脈瘤クリップや体内に金属を埋め込んでいる方は、確認が必要なのでご相談ください。
眼内に義眼、微細な金属・異物が入っている方は、眼科での確認が必要です。
- (3) 妊娠中、またはその可能性がある方は、主治医の許可と患者様の同意があれば検査可能です。
- (4) 入れ墨をされている方は、やけどの可能性があります。
- (5) 血糖測定センサーを貼っている方や金属を含む貼付剤(ニトロダーム、ニコチネルなど)を使用中の方は、主治医に取り外しの確認が必要です。

2. 検査当日の注意事項

- (1) 保険証をご持参の上、初診受付をお済ませください。
「予約時間の30分前」までに1階の「受付6番」へお越しください。
- (2) 緊急検査などにより、検査開始時間が遅れる場合がありますのでご了承ください。
- (3) 眼鏡やカラーコンタクトレンズは検査前に外すため、眼鏡・保存ケースをご持参ください。
- (4) 可能であれば検査前に排便を済ませておいてください。
- (5) 鉄製剤サプリメントを服用されている方は、前日より服用を控えてください。
- (6) 金属類をMRI室内に持ちこまないため、検査着に着替えをしていただきます。
出来るだけ脱ぎ着しやすい服装でお越しください。（ご本人で着替えが困難な場合は付き添いをお願いします）

3. 予約の変更や取消、当日都合で来院できなくなった場合は、患者サポートセンターまでご連絡の上ご相談ください。

公益財団法人 甲南会

六甲アイランド甲南病院

〒658-0032 神戸市東灘区向洋町中2丁目11

代 表 (TEL)

078-858-1111

患者サポートセンター

078-858-1133

(TEL)

MRI造影検査問診票

患者ID		氏名		生年月日		性別/年齢	/
検査日時	月	日	/	時	分	診療科	担当技師名

検査を安全に受けていただくために、以下の質問に正確にお答えください。該当する各項目に□を入れてください。
「あり」を選ばれた方は、該当項目に□を、それ以外の場合は（ ）の中に具体的にお書きください。

問 診 項 目							
1.	現在の体重を記入してください。(大まかでも結構です) () Kg <input type="checkbox"/> 体重不明 (検査時までに測定予定)						
2.	今までに造影剤を使用したことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> C T <input type="checkbox"/> 尿路造影 <input type="checkbox"/> 血管造影 <input type="checkbox"/> 心臓カテーテル <input type="checkbox"/> M R I)						
3.	問2で「あり」と答えた方へ、その時副作用はありましたか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 涙 <input type="checkbox"/> その他 ())						
4.	アレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> マンガン (ナツツ類・ひじき等) <input type="checkbox"/> その他 ())						
5.	気管支喘息はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 小児喘息 <input type="checkbox"/> 現在は治療していない <input type="checkbox"/> 治療中)						
6.	今までに以下の病気をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 閉塞隅角縁内障 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫)						
7.	閉所恐怖症はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
8.	体内に心臓ペースメーカーまたは I C D (植込み型除細動器) はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
9.	問8以外で体内に医療による金属類、機械がありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 水頭症治療用シャント <input type="checkbox"/> 骨折治療用金属 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 持続血糖測定器 <input type="checkbox"/> 埋め込み型心電計 <input type="checkbox"/> 脊髄刺激(SCS)システム <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 金属製の人工弁 <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> その他 ())						
10.	問8や問9以外で体内外に金属類や人工的なものはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 針(はり)治療の置き針 <input type="checkbox"/> 金属片が眼球内や身体に入った経験 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 義足 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ <input type="checkbox"/> カツラ <input type="checkbox"/> 入歯 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯列矯正 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> その他 ())						
11.	イレズミ・タトゥー(眉やアイラインを含む)はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (どこに?:)						
12.	女性の方だけにお聞きします。現在授乳中、妊娠中またはその可能性がありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 授乳中 <input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり)						

M R I 検査・造影剤使用に関する説明と同意書

病院控え

ID _____

患者氏名 _____

生年月日 _____

才

説明年月日 _____

説明場所 _____

説明医師 _____
印 _____病院同席者 _____
印 _____説明医師 _____
印 _____

病名 1 _____

2 _____

3 _____

説明内容

今回のM R I 検査では、ガドリニウム造影剤という検査薬を使用いたします。

あらかじめこの説明書をお読みになって、ご了承の上で同意書に署名してください。

1. 造影剤を使用する目的

注入された造影剤は、血液の流れにのって、全身の血管や臓器に分布します。これにより、血管の様子や臓器の 血流、病変の性質などが分かりやすくなり、診断のための重要な情報が新たに得られます。

2. 造影剤の副作用について

(1) 即時型副作用（造影剤投与後から1時間以内に発生）

①軽度の副作用 : 約1% (100人に1人)

⇒ かゆみやじんましん、くしゃみ、のどのイガイガ感、気分不良、吐き気、軽度の嘔吐など

②重篤な副作用 : 約0.01%～0.001% (1万人～10万人に1人)

⇒ 重度のじんましん、呼吸困難、血圧低下、不整脈、心停止、呼吸停止など

③死 亡 : 非常に稀 (100万人に1人)

(2) 遅発性副作用（1時間以上経過してから1週間までに発生）

ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、副作用を疑う症状があれば病院までご連絡ください。

(3) 副作用を起こしやすい方

造影M R I 検査による副作用歴や、活動性の気管支喘息、治療を必要とするアレルギー歴のある方は、副作用の発現率が3～10倍高いと言われています。

(4) 副作用の予測と緊急処置について

①造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

②前回の造影検査時に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

③当院では副作用に対応できる体制を整え検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

3. 造影剤に伴う合併症について

(1) 腎性全身性纖維症

腎機能が悪い方では非常に稀ですが、全身の皮膚硬が生じた報告があります。

(2) 造影剤の血管外漏出

①造影剤は血管外に漏れありますが、ほとんどの場合は数日で吸収され心配ありません。

②痛みなどの症状がある場合は処置が必要となることがあります。

年 月 日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）

また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 _____
印 _____同席者 _____
印 _____

※署名があれば捺印は不要です。

代諾者氏名 _____
印 _____

続柄 ()

続柄 () ※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。

ID _____

患者氏名 _____

生年月日 _____

才

説明年月日 _____

説明場所 _____

説明医師 _____
印 _____病院同席者 _____
印 _____説明医師 _____
印 _____

病名 1 _____

2 _____

3 _____

説明内容

今回のMR検査では、ガドリニウム造影剤という検査薬を使用いたします。

あらかじめこの説明書をお読みになって、ご了承の上で同意書に署名してください。

1. 造影剤を使用する目的

注入された造影剤は、血液の流れにのって、全身の血管や臓器に分布します。これにより、血管の様子や臓器の 血流、病変の性質などが分かりやすくなり、診断のための重要な情報が新たに得られます。

2. 造影剤の副作用について**(1) 即時型副作用（造影剤投与後から1時間以内に発生）**

①軽度の副作用 : 約1% (100人に1人)

⇒ かゆみやじんましん、くしゃみ、のどのイガイガ感、気分不良、吐き気、軽度の嘔吐など

②重篤な副作用 : 約0.01%～0.001% (1万人～10万人に1人)

⇒ 重度のじんましん、呼吸困難、血圧低下、不整脈、心停止、呼吸停止など

③死 亡 : 非常に稀 (100万人に1人)

(2) 遅発性副作用（1時間以上経過してから1週間までに発生）

ほとんどの場合は治療の必要はありませんが、副作用を疑う症状があれば病院までご連絡ください。

(3) 副作用を起こしやすい方

造影MR検査による副作用歴や、活動性の気管支喘息、治療を必要とするアレルギー歴のある方は、副作用の発現率が3～10倍高いと言われています。

(4) 副作用の予測と緊急処置について

①造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

②前回の造影検査時に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

③当院では副作用に対応できる体制を整え検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

3. 造影剤に伴う合併症について**(1) 腎性全身性纖維症**

腎機能が悪い方では非常に稀ですが、全身の皮膚硬が生じた報告があります。

(2) 造影剤の血管外漏出

①造影剤は血管外に漏れありますが、ほとんどの場合は数日で吸収され心配ありません。

②痛みなどの症状がある場合は処置が必要となることがあります。

年 月 日

私は上記検査・処置について十分な説明を受け、理解しました。その上で検査・処置を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます）

また、緊急対応の必要が生じた際には、担当医の判断で処置等を行う場合があることにも同意します。

患者氏名 _____
印 _____同席者 _____
印 _____

※署名があれば捺印は不要です。

代諾者氏名 _____
印 _____

続柄 ()

続柄 () ※患者の署名がある時は代諾者の署名は不要です。

患者が未成年または意思を表示できない状態の場合は、代諾される方による署名をお願いします。