

甲南医療 センター 患者ID		性別/年齢	/
氏名		御紹介医院	
生年月日		御紹介医院 連絡先	

MRI 予約票

検査部位

検査区分

造影

検査日時 年 月 日 曜日 時 分

20分前には受付14番（CT・MRI）までお越しく下さい

※食事・水分制限はありません

MRI 検査に関する注意事項

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）

- ・ 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器（ICD）、植え込み型心電計、人工内耳の装着者や、脳動脈瘤クリップや体内に金属を埋め込んでいる方では、MRI対応の機種か確認が必要です。
- ・ 水頭症治療用シャント装着者は、検査後に脳神経外科の受診が必要です。眼球内に義眼、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。
- ・ 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。
- ・ 入れ墨をされている方は、やけどの可能性がります。
- ・ 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

- ・ 保険証をご持参の上で初診受付をお済ませいただき、予約時間の20分前までに本館3階の受付14番（CT・MRI）へお越しく下さい。
重要：予定時間に間に合わない場合、検査ができない場合がありますのでご注意ください！！
- ・ 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がご了承ください。
- ・ 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。
- ・ 金属類をMRI室内に持ち込まないため、検査着に着替えていただきます。出来るだけ脱ぎ着しやすい服装でお越しく下さい（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）。

公益財団法人
甲南会

甲南医療センター

〒658-0064 神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16

代 表
(TEL)

078-851-2161

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	年	月	日	曜日	時	分	診療科

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
 該当する各項目の□内にチェックを入れてください。'あり'を選ばれた方は
 右のあてはまる言葉を全て○で囲むか、あるいは()の中に具体的に書いてください

問 診 項 目	
1.	現在の体重を記載してください。(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 : CT・尿路造影・血管造影・心臓カテーテル・MRI
3.	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 : 発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・くしゃみ・涙 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 : じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症 マンガン(ナッツ類・ひじき等)
5.	気管支喘息はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 小児喘息・現在は治療していない・治療中
6.	今までに以下の病気をしたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 閉塞隅角緑内障・心疾患・前立腺肥大・糖尿病・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ICD(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.	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 : 脳動脈クリップ・水頭症治療用シャント・骨折治療用金属 人工関節・人工内耳・持続血糖測定器・埋め込み型心電計 脊髄刺激(SCS)システム・CVポート・金属製の人工弁 ステント・貼付剤・その他 ()
10.	8. や9. 以外で体内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 : ・補聴器・カラーコンタクトレンズ・金属片が眼球内や身体に入った経験 ・義眼・カツラ・入歯・インプラント・その他 ()
11.	体内にカテーテル・チューブ類(尿道バルーン等)は入っていますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
12.	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? ()
13.	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 : 授乳中・妊娠中・妊娠の可能性あり

ID _____ 患者氏名 _____ 生年月日 _____ 才 _____

説明年月日 _____

説明場所 _____

説明医師 _____ (印)

説明医師 _____ (印)

病院同席者 _____ (印)

(職種 _____)

病名 1 _____ 2 _____ 3 _____

説明内容

今回のMRI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. 造影剤を使う目的

注入された造影剤は血液の流れによ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)

- ・ 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
- ・ 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CT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歴の発現率が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

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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) 腎性全身性線維症

- ・ 腎機能が悪い方では非常に稀ですが、全身の皮膚硬化が生じた報告があります。

(2) 造影剤の血管外漏出

- ・ 造影剤は血管外に漏れることがありますが、ほとんどの場合数日で吸収され心配ありません。
- ・ 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。

続柄 (_____)

代諾者氏名 _____ (印)

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。

造影MRI検査に関する説明と同意書

ID _____ 患者氏名 _____ 生年月日 _____ 才 _____

説明年月日 _____

説明場所 _____

説明医師 _____ (印)

説明医師 _____ (印)

病院同席者 _____ (印)

(職種 _____)

病名 1 _____ 2 _____ 3 _____

説明内容

今回のMRI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. 造影剤を使う目的

注入された造影剤は血液の流れによ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)

- 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
- 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CT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歴の発現率が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

- 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。
- 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。
- 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) 腎性全身性線維症

- 腎機能が悪い方では非常に稀ですが、全身の皮膚硬化が生じた報告があります。

(2) 造影剤の血管外漏出

- 造影剤は血管外に漏れることがあります。ほとんどの場合数日で吸収され心配ありません。
- 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。

続柄 (_____)

代諾者氏名 _____ (印)

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。