

## 造影 CT・造影 MRI を依頼される先生方へ

- 造影検査を依頼される患者様すべてにおいて検査内容の説明を行った上、同意書に署名を必ず患者様本人またはご家族（代理者）から頂いて下さい。
- 検査当日は署名していただいた同意書を必ずご持参下さい。
  - 同意書をご持参いただかないと造影検査が受けられないことをご説明お願い致します。
- 同意書には依頼される先生の自筆の署名をお願い致します。
  - ご署名が無い場合には造影検査を中止することがありますのでご了承下さい。
- 造影検査に関して当日の状態により当院医師の判断により中止することがありますのでその際はご連絡させていただきます。

※ヨード造影剤：ガドリニウム造影剤使用に関して以下のようになっております

### CT 造影検査

#### ヨード造影剤（禁忌・原則禁忌）項目

禁忌：

- ・ヨード又はヨード造影剤に過敏症の既往歴のある患者
- ・重篤な甲状腺疾患のある患者

原則禁忌：

- ・一般状態の極度に悪い患者
- ・気管支喘息
- ・重篤な心障害
- ・重篤な肝障害
- ・テタニー
- ・重篤な腎障害
- ・急性膵炎
- ・マクログロブリン血漿
- ・多発性骨髄腫
- ・褐色細胞腫

### MRI 造影検査

#### ガドリウム系造影剤（禁忌・原則禁忌）項目

禁忌：

- ・ガドリウム系造影剤に対し過敏症の既往歴のある患者

原則禁忌：

- ・一般状態の極度に悪い患者
- ・気管支喘息
- ・重篤な肝障害
- ・重篤な腎障害

患者様への検査説明と同意のない場合は造影剤を使用することができませんのでご了承下さい。

※検査当日は造影検査の間診票と同意書を必ずお持ちくださいます様、ご説明宜しくお願い致します。

医療法人 埼玉成恵会病院

〒355-0072

住所 埼玉県東松山市石橋 1721

TEL 0493-23-1221

FAX 0493-23-1220 （病診連携室）

# MRI 検査依頼票

紹介先医療機関

埼玉成恵会病院 TEL 0493-23-1221 FAX 0493-23-1220(病診連携室)

年 月 日

紹介元医療機関名

医師名

住所

TEL

FAX

Mail

検査日時 年 月 日 時 分

フリガナ

患者氏名 性別 男 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和・西暦 年 月 日 歳

住所

電話【日中連絡が取れる番号】

検査部位 ( 左 右 )

頭部 頸椎 胸椎 腰椎 腹部 骨盤 肩 肘 手関節 手指

股関節 膝 足関節 足 その他( )

具体的な器官名及び知りたい事項(確認のためにご連絡をする場合があります。)

撮影方法 単純 単純+造影 ダイナミック

※造影剤使用時の必要となります。

直近 3 ヶ月以内(できれば検査直前)の血清クレアチニン値をご記入ください。 クレアチニン mg/dl

# MRI 検査をお受けになる方への問診票

MRIは強い磁石と電波を使用し、大きな機械の中に入り体の断面や血管を撮影する検査です。

◆MRIを安全に行うために以下の質問にお答えください。

\*ご本人が記入できない場合には付き添いの方にご記入お願い致します。

1、今までにMRI検査を受けたことがありますか はい : いいえ : わからない

2、下記の項目に はい があれば原則、検査はできません。

- |                            |    |   |     |
|----------------------------|----|---|-----|
| ① 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか。     | はい | : | いいえ |
| ② 人工内耳・人工中耳を装着していますか       | はい | : | いいえ |
| ③ 古い人工心臓弁を装着していますか         | はい | : | いいえ |
| ④ チタン製以外の動脈瘤クリッピング術をしていますか | はい | : | いいえ |
| ⑤ 妊娠中ですか（または妊娠の可能性が 있습니까）  | はい | : | いいえ |

\*特に妊娠3カ月以内（または妊娠が疑わしい方）は

MRIの胎児への安全性が確立されていないことから原則禁忌です

3、下記の項目に はい があれば確認が必要です

- |                               |    |   |     |
|-------------------------------|----|---|-----|
| ① スtent術（体内に金属を埋め込む）手術をしていますか | はい | : | いいえ |
| ② 義眼を装着していますか                 | はい | : | いいえ |
| ③ 閉所恐怖症ですか                    | はい | : | いいえ |
| ④ ハリ治療にて現在体内にハリが入っていますか       | はい | : | いいえ |
| ⑤ 埋め込み式補聴器をしていますか             | はい | : | いいえ |
| ⑥ 刺青をしていますか                   | はい | : | いいえ |
| ⑦ 磁石で固定された入れ歯をしていますか          | はい | : | いいえ |
| ⑧ 避妊用金属リングをしていますか             | はい | : | いいえ |
| ⑨ カラーコンタクト使用をしていますか           | はい | : | いいえ |

・以上のもので はい と答えたものについては、手術をされた病院または製造メーカーに問い合わせいただき、MRI検査可能と確認できたものについては検査を行えます。

また、ご不明点があれば当院放射線科までお問い合わせください。

## ◆ 2・3の項目にて はい がある場合は放射線科に確認してください ◆

4、その他の注意

★事前に取り外し可能なものについては検査前にはずしていただきますようお願い致します。

（入れ歯・補聴器・かつら・ヘアピン・時計・装飾品・シップ・ヒートテックインナーなどの高機能素材・使い捨てカイロ・コルセットなど）

現在の体重を記入してください（ k g ）

●確認していただけたらご署名いただき検査当日、放射線科に提出してください。

検査日                      年                      月                      日                      御氏名                      御年齢                      才

\* MRI検査に関して不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

医療法人 埼玉成恵会病院 放射線科 TEL (0493) 23-1221

# 造影 MRI 検査問診票

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 患者氏名 \_\_\_\_\_

(検査予定日 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 )

検査を行うために以下の質問には**はい**か**いいえ**を○で囲んでください。

1、気管支喘息(ぜんそく)の発作を起こしたことがありますか。 はい いいえ

2、腎臓の機能に障害(腎不全など)があるといわれたことがありますか。 はい いいえ

3、過去に造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。 はい いいえ

4、3で(はい)と答えた方へ

検査中及び検査後に副作用の症状がありましたか。 はい いいえ

副作用の症状を○で囲んで下さい。(嘔吐・発疹・呼吸困難・意識障害)

その他( ) 具体的に記入お願い致します。

5、アレルギーはありますか。 はい いいえ

6、心臓病の薬を服用していますか。 はい いいえ

7、女性の方へ質問です。

妊娠または、妊娠の可能性ありますか。 はい いいえ

※(授乳中の方は造影剤投与 24 時間後まで授乳できません)

検査についてのご質問やご不明な点がございましたらお気軽に主治医、または検査担当者  
にご相談ください。

埼玉成恵会病院 電話番号 0493-23-1221(代表)  
画像センターMRI 室 内線(1522)

# 造影MRI 検査説明書

## 1、 造影検査の必要性

今回実施する検査ではガドリニウム製剤という造影剤を静脈注射にて行います。造影剤は全身の血管や臓器に分布し病気の有無・性質・状態をより正確に評価するために用いられるものです。

## 2、 造影剤の副作用

造影剤は安全な薬剤ですが、まれに次のような副作用が起きることがあります。

- ① **軽い副作用**：吐き気・動悸・かゆみ・頭痛・発疹などがみられます。これらの軽い副作用の確率は100人につき1人（1%）以下です。
- ② **重い副作用**：呼吸困難・意識低下・めまい・血圧低下などがみられこれらの副作用には治療のため入院や手術が必要な場合もあります。また後遺症が残る可能性があります。重い副作用の起こる確率は19万人につき1人（0.0005%）以下です。
- ③ 非常にまれですが、病状、体質によってショック状態を引き起こし、死亡した報告があります。この確率は83万人につき1人（0.00012%）以下です。
- ④ **遅発性の副作用**：副作用のほとんどが直後から30分以内ですが検査終了後1時間から数日の間に起こる場合もあります。

★造影剤による副作用は検査中に起こることが多いので、造影剤注入時や注入後に何か異常を感じられましたら、すぐにお知らせください（検査中は非常用のブザーをお渡ししておりますので、握ってお知らせください）。

## 3、 **次に該当する方は造影剤の注射ができない場合があります。**

（該当する場合はお申し出下さい）

- 気管支喘息のある方
- 過去に造影剤（MRI 造影剤）アレルギーの出た方
- 腎機能が低下している方、腎臓の手術をしている方
- 妊婦もしくは妊娠している可能性のある方
  - （授乳中の方へ注意。造影剤投与後、24時間は授乳できません）

- 肝臓、胆嚢、膵臓の検査（MRCP）を受けられる方は検査の前に**鉄剤**を内服する場合があります。鉄アレルギーをお持ちの方や鉄の摂取を医師から止められている方は検査前に主治医または検査担当者に  
お知らせください。

検査の際には副作用に十分注意いたしますが、万が一副作用が出現した場合には、注射や点滴など症状に合わせた処置を行います。

患者様の安全・安心を守るために、MRI 造影剤の問診表と同意書（別紙）にご署名をいただいております。検査に際しご質問やご不明な点がございましたら主治医、または検査担当者にご相談ください。

医療法人 埼玉成恵会病院

電話番号 0493-23-1221（代表）画像センター MRI 室内線（1522）

# 造影 MRI 検査同意書

埼玉成恵会病院長 殿

このたび、造影剤を用いた MRI 検査を受けることについて、その必要性、内容、造影剤による副作用について十分な説明を担当医師から受け、了解しましたので実施していただくことに同意いたします。なお、検査中に緊急処置を行う必要が生じた場合には処置を行うことに同意いたします。患者本人または代理人は同意した後、いかなる場合でも撤回することができます。尚、どんな些細なご質問でもお気軽にお申し付けください。

同意書記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者本人氏名

患者氏名 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

保護者または代理人

患者代理人 \_\_\_\_\_ 署名 \_\_\_\_\_

(注) 保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できない場合などにご記入ください

検査予定日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師は同意・確認された項目にチェックをしてください

- 造影剤を使用することによる検査の有益性
- 造影剤の副作用の可能性
- 問診表
- 自分の意思に従い検査を拒否する選択

説明医師 \_\_\_\_\_

(主治医の先生の自筆署名をお願い致します)

医療法人 埼玉成恵会病院

電話番号 0493-23-1221 (代表)

画像センター MRI 室 内線 1522

Seikei.or.jp

# 造影検査における水分摂取についてのお願い

主治医から水分制限を受けていない患者さんは水分補給をお願いします。

造影剤をなるべく早く体外へ排泄するためにはあらかじめ水分を摂った方がよいと考えられます。

## 造影検査前について

造影検査前では**医師の指示がない限りは飲水をして下さい。**

造影剤を体外へ排泄するためには十分な水分が体内にあることが重要です！

**脱水状態で造影剤を注入すると、副作用の誘発につながります**

## 造影前と造影後 1 日は牛乳や乳製品を制限してください

※牛乳が胃の中で胃酸によって固まってしまうためもし嘔吐した場合、嘔吐物が気道に入って閉塞や感染を引き起こす恐れがあります。

水分は

造影検査 30 分から 1 時間前に、200～400mlの水やお茶を摂取することが副作用の低減につながります。

ご不明点は下記連絡先までご連絡をお願い致します。

医療法人 埼玉成恵会病院

〒355-0072

住所 埼玉県東松山市石橋 1721

TEL 0493-23-1221

FAX 0493-23-1220 (病診連携室)