

MRI 検査予約票

氏 名： _____ 様

検査部位： _____

依頼医療機関名

予約日時： 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

**予約時刻の 30 分前までに、糸魚川総合病院 総合受付で受付を済ませ、
放射線科までお越しください。**

- **禁食指示** ☐なし ☐あり ・検査当日の(朝食 ・ 昼食) は取らないでください
・予約時刻の 2 時間前までに 150mL 程度の飲水は可能です
・常用しているお薬は服用してかまいません
- **造影** ☐なし ☐あり (検査前に点滴を行うことがあります)
- **体重** _____ kg

お持ちいただくもの

**本票、診察券、保険証、（お持ちの方のみ）医療費受給者証、ステント手帳など体内金属がわかるもの。
必ずお読みください**

- 検査時間は約 30～60 分です。ご予約のある方を優先的に行いますが、急患対応で予約時間に検査が開始できないことがありますので予めご了承ください。なお、長時間お待ちの方で一時離席を希望される方や、体調のすぐれない方は放射線科受付にお声がけください。
- 特別な指示がない限り、検査前に排尿をお済ませください。
- 検査中は大きな音がしますが、装置の正常な動作音ですのでご安心ください。
- 体内外に埋め込まれた金属がある方は MRI 検査が行えないことがあります。なお、予約後に金属を留置するような手術や治療をされた方は、ご依頼医療機関または、糸魚川総合病院放射線科にご相談ください。
- 検査前には身の回り品について前室（更衣室）で問診を行いますが、円滑に検査を進めるために、以下のものを、予め外してお仕度いただくようご協力ください。貴重品のお預かりは可能です。

金属類：補聴器・入れ歯・鍵・メガネ・ライター・ヘアピン・腕時計・アクセサリ類・携帯電話・カイロ・ベルト・エレキバン・金属のついた下着や服・コルセット・かつら・増毛パウダー・アイシャドウ・カラーコンタクト、ポケットの中の小銭や鍵 など

磁気カード類：診察券、キャッシュカード、クレジットカード、交通系カードなど

その他：刺青やタトゥーは検査で発熱や変色する可能性があります。問診時にご相談ください。

- 妊娠中の方はお知らせください。
- 当日都合の悪い方は必ず前もって、ご依頼医療機関および糸魚川総合病院放射線科までご連絡ください。

 **新潟県厚生連 糸魚川総合病院**

025-552-0280(代表)

MRI 検査安全チェックシート

(わかれば)

検査日 _____ 糸病 ID _____ 患者氏名 _____ 体重 _____ kg

当院での禁忌事項※ ☐すべて無し※チェックが無いと検査はお引き受けできません

- ・心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 残存リード線※1
- ・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置※1
- ・脊柱管内リード線、脊髄刺激装置※1
- ※1MRI 対応品であっても当院では施設認定の基準を満たさないなどの理由から検査をお受けすることができません。
- ・埋込式インスリンポンプ・持続式グルコース測定器※2
- ※2 取外しができるタイプであってもこちらでは再装着の対応はできません。
- ・チタン製以外の脳動脈瘤クリップ
- ・圧可変式バルブシャント※3 ※3 検査後に調整が必要なため専門診療科受診をお願いします。
- ・留置 8 週以内のステント ・ フィルター ・ コイル ・ 人工血管 ・ 人工心臓弁
- ・1970 年以前のスターエドワード社製人工心臓弁
- ・留置 4 週以内の消化管止血クリップ・マーキングクリップ
- ・可動型義眼
- ・K ワイヤ
- ・眼や心臓など決定臓器に位置する外傷等による金属片（鉄片や銃弾破片など）
- ・金属製避妊リング
- ・閉所恐怖症の方※4 ※4 入眠措置が必要な場合は専門診療科受診をお願いします。
- ・妊婦への造影
- ・詳細不明な体内外磁性体金属・電子デバイス

注意事項 該当項目がある場合✓をお願いします

- ☐手術による体内金属 発熱・画像の乱れが起きる可能性があります。
- ☐禁忌項目以外の体内外金属・電子デバイス
ステントや心臓データレコーダなどには、添付文書上、検査に制限※がかかるとの記載がある場合があります。ルーチン検査が行えないことがあります。 ※SAR,時間、シーケンス数など
お手数ですが、お調べいただいた情報を、[条件付き検査可能欄]にご記入ください。
- ☐増毛パウダー 磁性体を含み、装置破損を引き起こす可能性あり。必ず落として来院願います。
- ☐刺青・タトゥー 変色・発熱の恐れがあることをご説明願います。

上記項目を確認の上、今回 MRI 検査について以下のように判断します。

- ☐検査可能
- ☐条件付き検査可能 メーカー名・製品名 _____ SAR 上限 _____ W 時間制限 _____ 分

確認日 _____

確認依頼医師氏名 _____

ガドリニウム造影剤を用いた検査を受けられる方へ

1. 問診票と同意書について

あなたは今回の検査で、ガドリニウム造影剤を使用する必要があると主治医から判断されました。以下の詳しい内容をご確認の上、別紙「問診票および同意書」にお答えいただき、ガドリニウム造影剤の使用について同意いただけるかどうかをお知らせください。

ガドリニウム造影剤を安全に使用するために、検査ごとに問診と同意書への記入が必要となります。なお、同意された後でも検査前であれば、同意を撤回することができます。同意書の有効期限は署名日より3ヶ月以内とさせていただきます。主治医もしくは糸魚川総合病院放射線科医師がガドリニウム造影剤を使用する必要がない、もしくは使用できる状態にないと判断した場合、使用を中止することがあります。

2. 造影剤使用について

造影剤とは、体内に投与されることにより起こる画像上の変化を見て、より詳しく調べるために用いられる検査薬です。これにより造影剤を使用しない場合と比べ、より多くの診断上重要な情報を得ることができます。造影剤を使用しなくても検査は行えますが、所見に気づけず正確な診断が出来ない可能性があります。

今回使用するガドリニウム造影剤は、MRI 検査の際、静脈から経血管的に体内に投与されます。体内に取り込まれた造影剤は、経血管的投与の場合、健常な方であれば24時間でほぼ99%が尿から排泄されます。

ガドリニウム造影剤は体に直接作用する薬理作用のない安全な薬剤ですが、お身体の具合によっては下記に説明するような副作用や合併症が出現することがあります。現在のところ、副作用の発生を予見できる確実な方法はありません。ただし一般状態のきわめて悪い方、ガドリニウム造影剤で副作用を経験したことのある方、アレルギー(特に喘息)、痙攣、てんかんの既往のある方、は、副作用が起こるリスクが高いとされていますので問診時にお知らせ下さい。また、造影剤を安全に使用できるかを判断するために採血検査を行うことがあります。主治医らはこれらをもとに造影剤の使用について慎重に検討します。

3. 副作用と合併症

副作用について（造影剤使用全検査中の出現率 0.32%）

- 即時型副作用：検査中や検査直後の早い時期におこる副作用
 - 軽度の副作用（0.03%）：軽い蕁麻疹、掻痒感、紅斑、悪心、軽度の嘔吐、熱感、悪寒、直ちに回復する血管迷走神経反射など。副作用の多くは一時的なものでそれほど心配はいりませんが、場合によっては投薬、注射などの処置を行うことがあります。
 - 中程度の副作用（0.01%）：重度の蕁麻疹、軽度の気管支痙攣、顔面・喉頭浮腫、重度の嘔吐、血管迷走神経反射など。投薬、注射、点滴などの処置を行うことがあります。
 - 重度の副作用（0.003%）：不整脈、痙攣、低血圧性ショック、心肺停止など。点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬など入院を含む濃厚な治療が必要となることがあります。
- 遅発型副作用：検査数時間後～1週間後くらいまでにおこる副作用
 - 発疹などの症状がでることがありますが、多くは軽症の副作用です。

ガドリニウム造影剤を起因とする合併症について

- 重篤な腎障害のある患者へのガドリニウム造影剤使用に関して、腎性全身性線維症の発症が報告されています。造影剤検査後、数日から数ヶ月、時には数年後に皮膚の腫脹、硬化、疼痛から始まり、四肢関節拘縮や最悪の場合死亡に至る例が報告されています。
- 造影剤の血管外漏出（もれ）
造影剤を急速に注入することにより、血管外（皮下など）に漏れる可能性があります。ほとんどの場合、数日以内に吸収されますが、極めて稀に手のしびれや皮膚の変色を伴うことがあり、別に処置が必要になることがあります。

副作用や合併症出現時の対応について

検査室には必要な医薬品や救急用の設備が用意されています。副作用出現時には医師や看護師、放射線技師が対応します。症状の程度によって処置や入院のうえ治療が必要になることがあります。

4. 検査に前処置が必要な方

- 医師から検査前の食事を摂らないよう指示されることがあります。
- 検査前や検査後に点滴の指示をされることがあります。
- その他、検査のために、あるいは体調や病状に応じて、指示が出されることがあります。

5. 検査前

当日体調の悪い方は検査担当者（主治医、看護師、放射線技師）にお知らせ下さい。また問診から検査日までの期間が長い方は検査当日に体調などを再度問診させていただくことがあります。

6. 検査中

ガドリニウム造影剤を投与する際は、スタッフが慎重に患者さまの状態を確認しますが、体調不良や痛みなどを感じた場合はすぐにお知らせください。

7. 検査後

検査後は、別に制限を指示されている方を除き、造影剤の排泄を促すため、いつもより多めに水分をおとりください。入浴や食事など日常生活についての制限は特にありません。検査後に体調が悪くなった場合には時間を問わず当院（診療時間内であれば検査の指示を出した診療科に、時間外や休日は救急外来）にご連絡ください。場合によっては診察が必要なことがあります。外来で検査を受けた方には、連絡先が載っている検査後の注意書きをお渡ししております。

 新潟県厚生連 糸魚川総合病院

025-552-0280(代表)

ガドリニウム造影剤問診票

太枠の中についてお答えください

1. 造影剤を使用した検査を受けたことがありますか	いいえ・はい	CT ・ MRI ・ _____
2. 造影剤を使用して副作用を経験したことがありますか	いいえ・はい	CT ・ MRI ・ _____
「はい」の方、どのような副作用でしたか（かゆみ・発疹・咳やくしゃみ・吐き気・嘔吐・その他 _____）		
3. 気管支ぜん息と診断されたことがありますか	いいえ・はい	
「はい」の方、現在の状態は？（服薬治療中 ・ 未治療 ・ 治った）		
4. アレルギー性鼻炎、発疹、蕁麻疹などアレルギーを起こしやすい体質ですか	いいえ・はい	
5. 両親・兄弟に、ぜん息やアレルギー体質の方はいますか	いいえ・はい	わからない
6. 腎臓のはたらきが悪いと言われたことがありますか	いいえ・はい	☐ 人工透析中
7. てんかんや痙攣を起こしたことがありますか	いいえ・はい	
8. 現在妊娠している、もしくはその可能性がある	いいえ・はい	（女性の方のみ、お答えください）

ガドリニウム造影剤使用同意書

糸魚川総合病院 病院長 殿

私は、今回 20 年 月 日 予定の MRI 検査におけるガドリニウム造影剤使用について、別紙説明にもとづき、医師より説明を受け質問する機会を得ました。ガドリニウム造影剤の必要性やその副作用について理解した上で以下のように回答いたします。

太枠の中についてご記入ください

1. ガドリニウム造影剤を使用することに同意します 予期せぬ事態の際に救急処置が適宜行われることにも同意します。
2. ガドリニウム造影剤を使用することに同意しません ガドリニウム造影剤を使用しないことにより診断の精度が低くなることも理解しました。
記入日 20 年 月 日 氏名 代理人氏名 (続柄)

医師記入欄

ガドリニウム造影剤の使用について患者様に説明し、同意書を確認しました。また問診の内容および直近 3 ヶ月以内の腎機能を確認し、造影剤の使用について以下のように判断します。

- ☐ 通常造影可能
☐ 造影中止（単純に変更）

測定日 20 年 月 日
eGFR _____ mL/min/1.73m ²

記入日 20 年 月 日

医師名 _____