

MRI 造影検査についての説明書・同意書（患者様記載）

あなたの現在の症状に対する原因を調べるために MRI 造影検査を行います。

その際にガドリニウム造影剤を静脈内に投与します。造影剤を用いることにより病気を明瞭に描出できる利点があります。

造影剤は安全で広く用いられている検査薬ですが、まれに副作用がおきることがあります。

副作用には注射直後から 1 時間以内に発生する即時性副作用と、1 時間後～7 日程度までに発生する遅発性副作用があります。

1. 軽い副作用

嘔気、痒み、発疹、紅斑、紅潮、咳、くしゃみ、咽喉頭の違和感、動悸、頭痛など

発現頻度：01.～1%程度

2. 重い副作用

呼吸困難、喘息発作、ショック、痙攣、意識障害、血圧低下など

発現頻度：0.1%未満程度

私たちは以上の事項について、分かりやすく十分に説明いたしました。

納得された方は、同意書にご署名のうえ、検査当日に放射線科受付へご提出ください。

同意書をご提出いただけない場合は、やむを得ず造影剤を用いない検査に変更あるいは中止とさせていただきます。

説明医師名

造影剤使用検査（MRI 造影検査）同意書

医療法人 秀和会 秀和総合病院 院長殿

私は指示医師から造影剤使用について十分な説明を受け、MRI 造影検査について理解しましたので、検査の実施を承諾します。

緊急の処置を行う必要が生じた場合には適宜処置されることについても承諾します。

※ご本人が署名できない場合には、ご親族または代理の方が署名してください。

患者氏名（署名）

保証人・保護者の氏名

患者との続柄（ ）

MRI 造影検査依頼書（依頼医師記載）

造影剤を使用した検査には一定のリスクがあります。ハイ・リスクグループや検査前に注意しておかなければならない点がいくつかあります。安全な造影検査を施行するために下記の点をご留意の上、チェックボックスにチェックを入れて、診療情報提供書と一緒にファックスをお願いいたします。

**気管支喘息患者・重篤な腎機能障害患者・医師が使用禁忌とする症例
小児（満 15 歳）の造影検査は禁止とさせていただきます。**

① 禁忌項目・原則禁忌項目

・過去のガドリニウム造影剤で中等度（広範囲の発疹など）以上の副作用が出た事 ある なし
*過去の副作用歴のある患者の副作用発現率は 20%以上とされています。

・現在、重篤な腎障害 ある なし

*eGFR 30 以下あるいは透析患者では腎性全身性線維症（NSF）のリスクが報告され、造影剤使用は禁忌です。

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

・現在、治療中あるいはコントロール不良の気管支喘息 ある なし

*気管支喘息患者では副作用発現率は有意に上昇する**ため禁忌。**

上記チェック項目にあるのチェックが入っている場合は検査できません。

② 注意点

・現在、授乳中である ある なし

授乳中の場合、投与後 **48 時間**の授乳禁止の指示

済み

*造影剤の母乳への移行が報告されています

上記チェックの内容によっては造影検査を施行できないことがありますのでご了解ください。
また、水分制限による脱水は副作用リスクが高くなるとされていますので、十分な水分摂取をご指示ください。

患者氏名 _____ 依頼施設名 _____ 担当医師名 _____

MRI検査問診票（患者様記載）

ご記入の上、検査当日に受付票と一緒に放射線受付(11 窓口)へお出し下さい。
ペースメーカー・人口弁・人工内耳・入れ墨・アートメイク・タトゥー（眉毛など）
クリップ（血管）している方・体内金属ある方・妊婦は撮影禁止となります。

MR I 検査を受けたことがありますか？	(ある ・ ない)
手術したことがありますか？ ※『ある』と答えた方にお聞きします。 手術内容を教えてください	(ある ・ ない) ()
カテーテル検査を受けたことがありますか？ ※『ある』と答えた方にお聞きします。 カテーテル検査の内容を教えてください ペースメーカー・人工弁・人工内耳・入れ墨・アートメイク・タトゥー（眉毛などを含む） クリップ（血管）をしていますか。	(ある ・ ない) () (ある ・ ない) ※「ある」にチェックしている方はMRIを受けられません
義肢、義足、義眼がありますか。 持続血糖測定センサー（FreeStyle リブレなど）装着していませんか。	(ある ・ ない) (している ・ していない)

以下の物は検査室内へ持ち込めません。検査前に着替えたり、外して頂きます。

金属類	(ヘアピン・ネックレス・ピアス・腕時計・鍵・硬貨 など)
電子機器	(携帯電話 など)
磁気を帯びているもの	(カード類・腰椎ベルト・磁器ネックレス など)
身体に貼っているもの	(カイロ・エレキバン・湿布・心臓病の薬 など)
金具付の衣類	(金属製ファスナーやボタンが付いた衣服・ブラジャー など)
その他の装着物	(入れ歯(取り外せる)・補聴器・カラーコンタクトなど)

上記の物は全てはずしました ←検査直前にチェックをお願いします。

ご協力ありがとうございました。
記入濡れ・誤りが無ければ、ご署名をお願いいたします。
※ご本人が記入できない場合は、代理人の方のご署名をお願いいたします。

西暦 年 月 日

依頼施設名 _____

担当医師名 _____

氏名 _____

代理人名 _____

秀和総合病院

連絡先:病院代表(048-737-2121)

MRI 検査依頼書（診療情報提供書）

ご紹介医療機関（貴院名）

医師名

フリガナ

明治・大正

受診者氏名

男・女

生年月日

昭和・平成

住所〒

電話番号

	撮 影 部 位	□単純・□単純+造影・□ダイナミック				
1	頭部（ ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	備考
2	頸椎（ ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
3	胸椎（ ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
4	腰椎（ ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
5	腹部（ ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
6	乳腺（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
7	MRCP（ ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
8	肩（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
9	肘（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
10	手関節（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
11	手（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
12	股関節（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
13	膝関節（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
14	足関節（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
15	足（ 右 左 ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	
16	その他（ ）	□当院一任	Ax	Sag	Cor	

傷病名

体内金属（有・無）

症状詳記・合併症など（医師コメントは必須です）

検査日(予約日)	月 日() : 検査の20分前にお越し下さい
検査項目	MRI CT 単純 ・ 造影 部位()
持ち物	紹介状 ・ 保険証 ・ お薬手帳
問合せ先	048-737-5640 (平日 9時~17時・土曜 9時~12時)
貴院の再診日	月 日() ※読影結果は病院営業日の5日程かかります



■ 鉄道・バスによるアクセス

東武スカイツリーライン・東武アーバンパークライン「春日部駅」下車後、西口より次のバスをご利用ください。

- 西口1番バス停より朝日バス「秀和総合病院」行きにて「秀和総合病院」下車
- 西口2番バス停より朝日バス「かすかべ湯元温泉」(または「ウイング・ハット春日部」)行きにて「秀和総合病院」下車

車によるアクセス

秀和総合病院の位置は上記地図のとおりです。国道4号線と国道16号線の間位置します。大沼運動公園が至近です。