

MRI造影剤使用に関する説明及び同意書

説明年月日： 年 月 日

説明医師名： (署名) _____

(署名) _____

【造影剤について説明】

今回実施するMRI検査では、「造影剤(ガドリニウム製剤)」という薬剤を注射いたします。この造影剤を使用することにより、普通のMRI撮影では得られない病変が見つかったり、病変が明瞭になり、病変の性質についてのより詳しい情報を得ることができます。

つきましては、造影剤を使うと稀に副作用が起こることがあります。最近では、副作用の少ないものが開発されて用いられていますが、それでも1～2%の患者さんに何らかの副作用が生じます。ほとんどは気分が悪くなったり、吐いたり、じんま疹が出たり、顔がほてったりといった軽く、一過性のものです。しかし、冷や汗がでたり、胸が苦しくなったりすることもあります。また、極めて稀に「体質異常」などによりショックなどの重篤な副作用を生じることがあります。

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っています。もし変だと感じたら、ためらわず、直ぐにおっしゃってください。その他わからないことや、気になることがあれば検査担当者にお申し出ください。

次の質問にお答えください。

・今までに造影剤を使用したことがありますか。

なし 使用したことがある：CT検査、腎臓検査、胆のう検査、血管造影、MRI検査

・使用したことのある人は、そのとき異常がありましたか。

なし 異常があった：発疹、吐き気、嘔吐、その他()

・アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。

なし あり：かぶれ、じんま疹、喘息、皮膚炎、アトピー、のみ薬、注射の副作用

・喘息(ぜんそく)であったり、過去に喘息といわれたことがありますか。

なし あり

・現在、妊娠中、または妊娠している可能性はありますか。

なし あり

上記の説明により造影剤を使用した検査を受けることについて理解できましたので、同意します。

記入日： 年 月 日

患者さんまたは代理人の方(続柄)

(ご署名) _____

MRI検査依頼書

(診療情報提供書)

<予約、問い合わせ先>

社会医療法人 高済会 香芝旭ヶ丘病院 放射線部

TEL.0745-77-8101

FAX.0745-78-5090

I D	MRI	予約日	平成	午前		
			年	月	日	時
フリガナ				午後		
氏名	男・女	医療機関名・診療科				
		様	才	主治医		
生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	電話番号	() -
連絡先					FAX	() -

●造影剤を使用しますか？ 使用しない 使用する(造影剤使用に関する同意書の記入もお願いします)

検査部位	確認事項
<input type="checkbox"/> 頭 部 (脳・脳+MRA・Diffusion・下垂体・内耳道)	・身長 cm ・体重 kg
<input type="checkbox"/> 顔 面 (眼窩・副鼻腔)	・心臓ペースメーカー (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 頸 部 (頸部・MRA・甲状腺・咽頭・喉頭)	・人工内耳 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 胸 部 (縦隔・肺野・乳房)	・体内金属物 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 腹 部 (肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・MRCP)	・妊娠中またはその可能性 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 (前立腺・膀胱・婦人科領域)	・閉所恐怖症 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 脊 髄 (頸髄・胸髄・腰髄・Myelo)	造影剤を使用する場合のみ記入
<input type="checkbox"/> 骨関節 (右・左) (肩・股・膝・足・肘・手)	・血清BUN mg/dl
<input type="checkbox"/> MRA (部位は)	・クレアチニン値 mg/dl
<input type="checkbox"/> その他 ()	・感染症 ()

【臨床診断名】

【手術歴・現病歴(検査結果)】

【検査目的(詳細に)】

MRI検査依頼書

(診療情報提供書)

<予約、問い合わせ先>

社会医療法人 高済会 香芝旭ヶ丘病院 放射線部

TEL.0745-77-8101

FAX.0745-78-5090

I D	MRI	平成	午前		
		予約日	年	月	日
フリガナ			午後		
氏名	男・女	医療機関名・診療科			
	様	才 主治医			
生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	電話番号 () -
連絡先					FAX () -

●造影剤を使用しますか？ 使用しない 使用する(造影剤使用に関する同意書の記入もお願いします)

検査部位	確認事項
<input type="checkbox"/> 頭 部 (脳・脳+MRA・Diffusion・下垂体・内耳道)	・身長 cm ・体重 kg
<input type="checkbox"/> 顔 面 (眼窩・副鼻腔)	・心臓ペースメーカー (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 頸 部 (頸部・MRA・甲状腺・咽頭・喉頭)	・人工内耳 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 胸 部 (縦隔・肺野・乳房)	・体内金属物 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 腹 部 (肝臓・胆のう・膵臓・腎臓・MRCP)	・妊娠中またはその可能性 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 骨盤腔 (前立腺・膀胱・婦人科領域)	・閉所恐怖症 (あり・なし)
<input type="checkbox"/> 脊 髄 (頸髄・胸髄・腰髄・Myelo)	造影剤を使用する場合のみ記入
<input type="checkbox"/> 骨関節 (右・左) (肩・股・膝・足・肘・手)	・血清BUN mg/dl
<input type="checkbox"/> MRA (部位は)	・クレアチニン値 mg/dl
<input type="checkbox"/> その他 ()	・感染症 ()

【臨床診断名】

【手術歴・現病歴(検査結果)】

【検査目的(詳細に)】

MRI検査予約票

(患者様にお渡しください)

<予約、問い合わせ先>

社会医療法人 高済会 香芝旭ヶ丘病院 放射線部

TEL.0745-77-8101

FAX.0745-78-5090

I D	MRI	予 約 日	平成	午前			
			年	月	日	時	分
フリガナ				午後			
氏 名	男・女	医療機関名・診療科					
		主治医					
生年月日	M・T・S・H	年	月	日生	電話番号	()	-
連絡先					FAX	()	-

●造影剤を使用しますか？ 使用しない 使用する(造影剤使用に関する同意書の記入もお願いします)

検査を受けられる方へのご注意

◎検査当日は、保険証または後期高齢者医療被保険者証とこの予約票を必ずご持参の上、予約時間の**15分前までに受付カウンター**にて受付をお済ませください。(予約時間までにおいでいただけない場合はお待ちいただく事がありますのでご了承ください。)

◎検査日時の変更またはキャンセルにつきましては、なるべく検査前日までにご連絡願います。

◎MRI検査は、強力な磁石を用いますので、以下の点にご注意ください。

- ・当日は、化粧(特にアイシャドウ等の金属粉化粧品)、整髪料などの使用はお止めください。
- ・当日は、常用薬を内服していただいて結構です。
- ・心臓ペースメーカーを装着されている方は、検査できません。
- ・人工内耳の手術をされている方は、検査できません。
- ・妊娠中、または妊娠の可能性のある方は、検査できません。
- ・広範囲にいれずみをされている方は、検査できません。
- ・次の物は検査室に持ち込めません。

磁気を帯びた物(キャッシュカード・テレフォンカード・定期券)

貴金属等(時計・ヘアピン・ネックレス・イヤリング・携帯電話)

その他(入れ歯・補聴器・眼鏡・コンタクトレンズ・エレキバン・指輪)

- ・インプラントなど体内に金属類のある方、および手術歴のある方は申し出てください。
- ・暗い所、狭い所が苦手な方は事前にお知らせください。
- ・MRI検査中は大きな音がしますが、人体への影響はありませんのでご安心ください。
- ・MRI検査を施行するにあたり患者様の同意が必要です。来院後にお渡しする確認書をお読みいただいた後、同意書へのご署名をお願いいたします。

◎検査に関するお問い合わせ時間は、**午前9時～午後5時30分**までお願いします。