

ID

氏名

説明・同意書 (造影MRI検査) オープン検査用

検査日 令和 年 月 日(時 分)

- 食事や飲水、服薬制限はありません。
 下記の制限があります。
 朝絶食 昼絶食 _____ の内服止めです。

MRI検査を受けられる方への注意

MRI検査は強力な磁力を使います。また、機械に入ると、狭いトンネルの中のように、トントン、ビービーと音もします。この状態で、約30分(一部の検査は最大2時間)じっとしている必要があります。そのため、以下のことにご注意ください。

- 狭いところが苦手な方は、検査できない場合があります。
- 金属類(時計・鍵・補聴器・カイロ)、キャッシュカード、通帳などは検査室に持ち込めません。
- 検査中の音が気になる方は、耳栓をされても結構です(病院売店で購入できます)。
- マスカラ等、金属の含まれる化粧品でやけどをきたすことがあります。
- カラーコンタクト、補聴器、入れ歯、義肢、カイロ等は、装着したまま検査はできません。

造影検査を受けられる方への注意

- ◆ 気管支喘息で治療中の方
- ◆ MRI造影剤アレルギーの方
- ◆ 腎機能の悪い方

は基本的に造影検査を受けられません。

- 検査前、水分の摂取は牛乳などの乳製品を除き、制限はありません。
- 検査後に、じんま疹、嘔吐、ふらつきなどの症状があった場合、またご自宅等で異常に気付いた場合は、かかりつけの医院ないしは当院までご連絡ください。

地方独立行政法人 静岡市立静岡病院 054-253-3125

造影剤とは

- ガドリニウムを主成分とする透明な液体。
- 体の構造や病変の広がり・性状を詳しく調べるために使用。
- 腕の静脈から注射、尿中に排出される。
- 安全に使用できる薬剤ですが、まれに副作用があります。

造影剤による副作用

- 軽度の副作用(発現率約1%)：吐き気、嘔吐、蕁麻疹、かゆみなど。
- 重篤な副作用(発現率約0.01%)：ショック、肺水腫、痙攣など。
- きわめてまれに、激しいアレルギーで生命に危険が及ぶこともあります。
- 重い腎障害がある場合、腎性全身性線維症(造影剤の投与後、数日～数年で、皮膚の腫脹、硬化、疼痛がはじまり、ときに、全身におよぶ)が起こることがあります。
- 副作用の多くは検査中あるいは直後に発生。
- まれに検査終了後、数時間から10日くらいの中に、倦怠感、頭痛、じんま疹などが現れることもあります。かかりつけの医院あるいは当院までご連絡下さい。
- その他：注射時の神経損傷、造影剤の血管外への漏れなど。
- 授乳中の方は、検査後48時間授乳を中止してください。

※MRI検査室では、万一の副作用に対して、迅速、最善の処置をおこないます。

次ページへ

地方独立行政法人 静岡市立静岡病院

Ver. 20161005 500000001

ID _____

氏名 _____

説明・同意書 (造影MRI検査) オープン検査用

検査日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 時 _____ 分)

問診票

【検査が通常禁忌となる項目】

- ・現在妊娠している、または可能性がある。 はい いいえ
- ・人工内耳など、体内に電氣的に作動する装置が埋め込まれている。 はい いいえ
- ・心臓ペースメーカーが埋め込まれている。
(MRI対応製品もありますが、事前に循環器内科への受診が必要です。) はい いいえ
- ・乳房再建用エキスパンダー（拡張器）が挿入されている。
(乳房インプラントは問題ありません) はい いいえ
- ・事故などにより、重要臓器（特に目）およびその近くに金属片が入っている。
 はい いいえ

※上記の項目に当てはまる場合や、体内の金属の性状が不明な場合などに、医師の判断で検査を中止することがあります。

【製品により検査可能な項目】

- ・脳動脈瘤クリップ、人工弁、人工骨頭、ステント、コイルなどの金属を体内に埋め込む手術や治療を受けた。
 はい いいえ
体内金属の製品名あるいは材質 _____ (医師記載)
(金属製品には、安全性が確認されているものも多数あり、その場合には検査が可能です。)
- ・刺青を施している。（やけどや変色等の危険性があります） はい いいえ

【造影剤が原則使用できない項目】

- ・いままでMRI造影剤を用いた検査を受けて副作用があった。 はい いいえ
- ・現在喘息の症状があるか、治療を受けている。 はい いいえ
- ・透析治療を受けている。あるいは重い腎障害がある。 はい いいえ
- ・重い肝障害がある。 はい いいえ

医師記入欄

(1) 体重 _____ kg

(2) 腎機能 _____ 月 _____ 日 のクレアチニン値 _____ mg/dl

上記、問診内容を確認の上、造影MRI検査が必要と判断しました。

説明 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名 _____ 医師 _____

担当医師より、造影MRI検査の説明を受け、この処置を受けることに同意しました。

同意年月日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 住 所 _____
氏 名 _____

(代理人氏名： _____ 本人との続柄： _____)