

造影MR I 検査説明・同意書

【目的と方法】

MR I 検査は、磁気とコンピューターを使用して、体内の診断を行うものです。

MR I 検査では、造影剤の静脈内投与を必要とする場合があります。静脈内に投与する造影剤には次の2種類があります。ガドリニウム造影剤と肝臓用鉄剤です。これらは検査目的により使いわけ、より詳しい画像情報を得るために投与されます。

これらの造影剤は基本的には安全な薬剤とされていますが、一定の頻度で下記のような副作用が生じることが知られています。

【起こりうる副作用】

- 軽いものとして、ガドリニウム造影ではかゆみ、発疹、発赤、下痢、悪心、頭痛、気分不快などが生じることがあります。肝臓用鉄剤では、背部痛、腰痛、熱感、発疹、悪寒、頭痛、鼻出血などが生じることがあります。（通常は特に治療を必要としません）
- 非常にまれな重篤な副作用
血圧低下（ショック）、呼吸困難、けいれん発作などが起こるとの報告があります。
- 造影剤を血管内に注射する際に、血管の外に造影剤が漏れることもあり、これによる注射部位の腫れ、痛み、内出血を生じることがあります。通常は時間が経てば自然に吸収されるので心配はありません。

万一、副作用が生じた場合は、保険診療で最善の処置・治療を行ないます。

以上、了解された方は同意書にご署名の上、神奈川病院の医師または看護師にお渡しください。同意を頂けない場合は、造影剤を用いないで検査を行います。

また、同意された場合でもいつでも撤回することができます。

説明いたしました。

平成 年 月 日

紹介元医療機関名

説明医師名

国立病院機構神奈川病院長 殿

私は造影MR I 検査を受けるにあたり、検査の目的や方法、起こりうる副作用について説明書に沿って説明を受け、理解した上で、上記造影MR I 検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

患者署名 _____

親族又は代理人署名 _____

この説明・同意書は、提出後当院にて保管させていただきます。控えをご入用の方は、事前にご自身で複写していただきますようお願い申し上げます。

上記事項について確認いたしました。

平成 年 月 日

国立病院機構神奈川病院 _____ 科 医師名 _____

【造影MRI検査を受けられる方へ】（問診票） ①

この用紙および「MRI検査説明・同意書」は必要事項を記入のうえ、検査当日にご持参ください。

【検査前の注意・確認】

- 検査4時間前（ 時 分）からは食事を摂らないでください。水・お茶はお摂りいただいても結構です。
- 妊娠中、妊娠の可能性のある方、気管支喘息の病気のある方、閉所恐怖症、体内金属埋込手術の方、また、以前に造影剤、薬剤あるいは食品でアレルギー反応が出たり、気分が悪くなられたことのある方は、主治医に必ずお申し出ください。
- 普段服用している常用薬は、検査に関わらず通常通りお飲みください。糖尿病薬を服用されている方は、主治医にお申し出ください。
- 心臓ペースメーカー装着・人工内耳・磁性体の脳動脈クリップをご使用の方は検査ができませんので、担当医に必ずお申し出ください。
- 検査当日は、予約時間の20分前までに、初診受付にお越しください。
- 来院できない場合はなるべく早めに下記まで連絡をしてください。検査時刻に遅れると検査を受けられないことがあります。検査の種類・進行状況により多少時間・順番が前後します。ご了承ください。

国立病院機構 神奈川病院 地域医療連携室 電話番号 0463-81-1784
受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～16時00分(年末年始、祝日を除く)

- 金属製品（装飾品・眼鏡・入れ歯など）及び磁気製品（クレジットカードなど）は検査室内に持ち込めません。
- 画像に影響するおそれがある場合がありますので、当日は化粧をしないでください。
- 永久的な刺青がある方は、火傷や絵が崩れる場合があります。
- 検査中は担当者の指示に従い身体を動かさないようにしてください。

【検査後の注意】

- 造影剤を注射された方は、薬剤が尿から排泄されますので、普段より多めに水分を摂ってください。飲水量に制限のある方は、主治医とご相談ください。
- 検査後に何か不快な症状を感じられた方は、主治医とご相談ください。

【造影MR I 検査を受けられる方へ】（問診票） ②

【問診票】（患者様記入欄）

下記の該当するものに○をつけ、検査当日にご持参ください。

- 今までにMR I 検査を受けたことがある（ある・なし）
今までに造影剤を注射して検査したことがある（ある・なし）
造影剤のアレルギーがあると言われたことがある（ある・なし）
心臓ペースメーカーを使用している（ある・なし）
心臓人工弁がある（ある・なし）
脳動脈クリップがある（ある・なし）
金属製の置き針・注射針がある（ある・なし）
人工関節（骨頭・内耳等）がある（ある・なし）
骨・関節修復のための固定金属がある（ある・なし）
義歯・義眼を使っている（ある・なし）
眼などの外傷に鉄分の残存がある（ある・なし）
コンタクトレンズをしている（ある・なし）
刺青・アイシャドーをしている（ある・なし）
陰茎内の埋没物や避妊リングがある（ある・なし）
その他金属類が体内にある（ある・なし）
妊娠の可能性がある（ある・なし）
閉所恐怖症がある（ある・なし）
心臓が悪い（心筋梗塞・狭心症・不整脈・心臓手術を受けた）（ある・なし）
緑内障といわれたことがある（ある・なし）
前立腺肥大といわれたことがある（ある・なし）
気管支喘息がある（ある・なし）
薬や食べ物にアレルギーがある（ある・なし）
現在の体重（ ）kg

平成 年 月 日

患者署名 _____

代理人署名 _____