

MRI 造影検査予約票

【ID】【依頼医】
【お名前】様
【検査種】MRI
【検査項目】(造影)
【検査予定日】年 月 日
【検査時間】時 分

★注意事項（よくお読みください）

◎MRI 用造影剤の使用について

体内を観察しやすくする為に造影剤という薬を使用します。
気分の悪くなった場合は近くの職員に伝えて下さい。
帰宅後気分の悪くなった場合は下記の連絡先にご連絡下さい。

◎MRI 検査の注意点

- ・ 予約時間の 15 分前に総合受付にご来院下さい。
- ・ 検査当日(朝・昼)食は絶食です。
ただし水分(水、茶)は十分とって下さい。
- ・ 糖尿病薬の内服・インスリン注射は食事の後にして下さい。
- ・ 予約状況により多少お待ちいただく場合がございます。
- ・ 装置の故障により検査できない場合がございます。
- ・ 妊娠または妊娠の可能性がある場合は、予めお知らせ下さい。
- ・ 別紙「MRI 検査を受けられる方へ」をよくお読み下さい。
- ・ 検査日時の変更を希望される場合はお早めにご連絡して下さい。
- ・ 糖尿病薬の内服・インスリン注射を使用されている方はお知らせ下さい。
- ・ 化粧はしないで下さい。
- ・ コンタクトレンズは外して検査します。
- ・ マニキュア・ネイルアート・つけまつ毛はしないで下さい。
- ・ 発熱効果のある下着（ヒートテックなど）は着用しないで下さい。

連絡先
市立御前崎総合病院 地域連携室
(0537)86-8852

MRI 検査を受けられる方へ

☆MRI 検査とは？

磁気(磁場)と電波を用いて体内の水素原子からの情報を元に画像化する検査です。

検査中はトントン、ガーガーとかなり大きな音がしますが、機械が作動している音です。

体を動かさないでいる時間が長いほか、身体が暖くなる場合がありますが痛みや危険はありません。

また場合によっては呼吸を止めて検査します。

☆次に該当する方は、必ず主治医または担当技師に申し出て下さい

*磁性体の金属が体内にある方

(心臓ペースメーカー・人工関節・心臓人工弁・コイル・ステント・クリップ・パルスジェネレーター・人工内耳・植込補聴器金属製・避妊リング・胸骨ワイヤー・脳室シャントチューブコネクター・歯科用インプラント・整形用ネジプレートなど)

*閉所恐怖症の方や大きな音が苦手な方

*妊娠もしくは妊娠の可能性がある方(胎児に対する磁場の安全性は確立されていません)

*刺青・タトゥー・パーマネントアイラインがある方(金属を含んでいるため変色や火傷の危険性があります)

*弾丸破片や鉄片などの金属が体内にある方(火傷の危険性があります)

*咳が止まらない方

*長時間(20~40分)動かないで居られない方

*兵役

☆次の物は、検査室に持ち込むことが出来ません。検査前に担当者がお預かりする場合があります

めがね・コンタクトレンズ・磁気カード・指輪・ピアス・ネックレス・ヘアピン・携帯電話・時計
財布・エレキバン・使い捨てカイロ・補聴器・義歯・義眼・カツラ・その他金属類

☆ 化粧(金属を含んだ物もあるため)は火傷を起こす危険性があるためおやめ下さい。

☆ 金属繊維を編みこんだ衣類、遠赤外線など発熱効果のある下着(ヒートテックなど)は、火傷を起こす危険性があるため、着用しないで下さい。

MRI 撮影用問診票

【ID】 【依頼医】
 【お名前】 様
 【検査種】 MRI
 【検査項目】 (造影)
 【検査予定日】 年 月 日
 【検査時間】 時 分
 【体重】 Kg

入室方法 ・歩行 ・車椅子 ・ベッド(ストレッチャー)

問診項目

過去に MRI 検査の経験がある患者でもそれ以降の患者状況が変化してる可能性を考慮して改めて確認して下さい。

- ・手術歴 (有 ・ 無)
 [内容]
- ・体内の機械や金属 (有 ・ 無)
 [種類、金属を埋め込んだ年]
- ・心臓ペースメーカー・体内自動除細動器 (有 ・ 無)
- ・眼窩内金属異物 (有 ・ 無)
- ・義眼・眼部のインプラント等 (有 ・ 無)
- ・人工内耳 (有 ・ 無)
- ・人工心臓弁・血管内コイル・ステント (有 ・ 無)
- ・脳動脈瘤クリップ等 (有 ・ 無)
- ・不整脈・てんかん (有 ・ 無)
- ・体温調節機能異常 (有 ・ 無)
- ・刺青・パーマネントアイライン (有 ・ 無)
- ・閉所恐怖症 (有 ・ 無)
- ・補聴器 (有 ・ 無)
- ・義歯 (有 ・ 無)
- ・ニトロダーム等 (有 ・ 無)
- ・妊娠・妊娠の可能性(女性の方) (有 ・ 無)

* MRI 検査における有益性・危険性を理解したうえで検査を受けることに同意します。

◆ ◆患者同意サイン()

* 体内に金属物や刺青等の禁忌患者への検査は下記の医師が責任を負い施行するものとする。

チェック医師名

検査当日、必ずこの問診票を持って MRI 受付におこし下さい。

造影検査に関する説明書

病名、症状、検査目的など：(_____)

1、検査上の注意

- あなたは上記の理由により（CT, MR, 血管造影、TV透視、他 _____）を行い、精密検査をする必要があります。
- 造影剤を血管や体内などに注射、注入することにより、診断がより精密になります。
- 検査中からだの不調を感じたときは、そばにいる職員に申し出て下さい。
- 副作用が発生した場合は迅速に対応しますが、下記（2.）のような副作用を引き起こす場合があります。予めご承知おき下さい。
- 妊娠中、妊娠の可能性がある場合は、予めお知らせ下さい。
- 授乳は数日（2～3日）中断して下さい。（投与後24時間で約97%排出されます）
- 検査前や検査後は水分の補給を充分行ってください。（主治医から水分を制限されている方は除きます）

2、造影剤副作用の症状と発生頻度について

- 造影剤注射時に全身の熱感や口腔内に苦味を感じたり、注射針の入っている部位に若干の痛み、違和感、熱感、冷感を感じる事がありますが、これらは一時的なもので心配いりません。
- まれに（3～5%前後）ですが、気分が悪くなったり、熱感、じんましん等の症状が生じることがあります。
- ごくまれに、腎臓の機能が悪くなる場合があります。（5千人にひとり程度）
- さらにまれに（1万人にひとり程度）、急激な血圧低下などの重篤な症状が発生する危険性があります。また、数十万人にひとり、死亡の危険性があるといわれています。
- 造影検査終了後、時間をおいて（1時間～数日）発生する副作用（多くは全身の発疹）が報告されています。このような場合、早急に当院までご連絡下さい。

説明月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師

同 意 書

市立御前崎総合病院長 殿 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この度、私が貴院で（CT, MR, 血管造影、TV透視、他 _____）検査において造影剤を用いた造影検査を受けるにあたり、担当医から説明を受け、診療上必要である事を理解しましたので同意します。

また、造影検査に関連し担当医が必要と認めた診療行為についても同意します。

患者氏名（本人署名） _____

家 族 等 署 名 _____ 続柄（ _____ ）

注：患者様が15歳未満、又は意識障害などで署名が出来ない場合は、御家族等の署名と、患者氏名の記入をお願いします。

造影検査に関する説明書

病名、症状、検査目的など：(_____)

1、検査上の注意

- あなたは上記の理由により（CT、MR、血管造影、TV透視、他 _____）を行い、精密検査をする必要があります。
- 造影剤を血管や体内などに注射、注入することにより、診断がより精密になります。
- 検査中からだの不調を感じたときは、そばにいる職員に申し出て下さい。
- 副作用が発生した場合は迅速に対応しますが、下記（2.）のような副作用を引き起こす場合があります。予めご承知おき下さい。
- 妊娠中、妊娠の可能性がある場合は、予めお知らせ下さい。
- 授乳は数日（2～3日）中断して下さい。（投与後24時間で約97%排出されます）
- 検査前や検査後は水分の補給を充分行ってください。（主治医から水分を制限されている方は除きます）

2、造影剤副作用の症状と発生頻度について

- 造影剤注射時に全身の熱感や口腔内に苦味を感じたり、注射針の入っている部位に若干の痛み、違和感、熱感、冷感を感じる事がありますが、これらは一時的なもので心配いりません。
- まれに（3～5%前後）ですが、気分が悪くなったり、熱感、じんましん等の症状が生じることがあります。
- ごくまれに、腎臓の機能が悪くなる場合があります。（5千人にひとり程度）
- さらにまれに（1万人にひとり程度）、急激な血圧低下などの重篤な症状が発生する危険性があります。また、数十万人にひとり、死亡の危険性があるといわれています。
- 造影検査終了後、時間をおいて（1時間～数日）発生する副作用（多くは全身の発疹）が報告されています。このような場合、早急に当院までご連絡下さい。

説明月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医師 _____

同 意 書

市立御前崎総合病院長 殿 _____ 年 _____ 月 _____ 日

この度、私が貴院で（CT、MR、血管造影、TV透視、他 _____）検査において造影剤を用いた造影検査を受けるにあたり、担当医から説明を受け、診療上必要である事を理解しましたので同意します。

また、造影検査に関連し担当医が必要と認めた診療行為についても同意します。

患者氏名（本人署名） _____

家族等署名 _____ 続柄（ _____ ）

注：患者様が15歳未満、又は意識障害などで署名が出来ない場合は、御家族等の署名と、患者氏名の記入をお願いします。

造影検査に関する問診票

ID番号： _____ 血清クレアチニン _____ mg/dℓ
 氏名： _____ 様
 生年月日： T S H 年 月 日 eGFR _____ ml/分
 性別： 男 女 *60未満 医師の判断
 ビグアイド系糖尿病薬 検査前 止める・止めない
 検査後は止める

質問1. あなたは、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか。
 (喘息、じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、花粉症、
 かぶれ、飲み薬や注射での副作用)

なし あり

質問2. あなたのご家族に、質問1のような方がいますか。

なし あり

質問3. 下痢や食欲不振がありますか。(脱水の有無)

なし あり

質問4. 痛み止めを服用していますか。(非ステロイド系消炎鎮痛剤服用の有無)

なし あり

質問5. あなたは糖尿病の薬を飲んでいますか。

なし あり (薬剤名 _____)

質問6. 今までに造影剤(注射)を用いた頭部、胸部、腹部、腎臓などの検査を受けた
 ことがありますか

なし あり (部位 _____)

質問7. その時、副作用がありましたか。

なし あり (発疹、吐き気、その他 _____)

問診月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 問診者 _____