

# MR I (ガドリニウム・鉄製剤) 造影検査、説明承諾書

作成日 年 月 日

患者名 \_\_\_\_\_

依頼医師 \_\_\_\_\_

検査予約日時 年 月 日 ( ) 時 分

腎機能検査値 (採血日: 年 月 日)

簡易GFR(eGFR): \_\_\_\_\_

※測定値は概ね3ヶ月以内のもの

\* 腎機能検査値に記入がない場合は造影検査を行うことが出来ません。

- I 検査部位 ( )
- II 検査の内容説明 造影検査はガドリニウム造影剤または鉄製造影剤を静脈注射しながら検査を行います。  
造影剤は、検査する部位(臓器)をより詳しく調べる目的で使用する薬です。
- III 副作用について 副作用は非常に少ない薬ですが、稀に発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐頭痛、めまいなどの症状がでる場合があります。  
また、非常に稀ですが、患者様の体質によっては強いアレルギーが起こり、入院や救急処置が必要になることがあります。  
腎臓の機能が悪い方は、ガドリニウム造影剤により、腎性全身性線維症という重篤な疾患にかかる可能性がありますので、血液検査の結果によっては造影検査が受けられないことがあります。

☆ 当院では医師が監督または近くに待機し検査を行う体制を整えております。

IV 問診 (造影剤を使用する検査をより安全に行なう為に、次の質問にお答え下さい)

- ① 今までに腎臓の病気で治療を受けたことがありますか?  
( はい ・ いいえ )  
\* (はい) と答えた方、出来れば具体的に ( )
- ② 今までにMRIで同様の造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか?  
( はい ・ いいえ )  
\* その時 蕁麻疹、吐き気、くしゃみ等の副作用が出たことがありますか?  
( はい ・ いいえ )
- ③ 気管支喘息と言われたことがありますか? ( はい ・ いいえ )
- ④ 妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますが? ( はい ・ いいえ )
- ⑤ 授乳中ですか? (造影剤使用後48時間は授乳を避けて下さい。)  
( はい ・ いいえ )

★以下の質問は鉄製造影剤使用予定(肝臓の特殊検査)の方のみお答えください。

- ④-I 今までに鉄製剤アレルギーや鉄過剰症(ヘモクロマトーシス)と言われたことがありますか? ( はい ・ いいえ )
- ④-II 現在、体のどこかから出血していますか? (女性の月経(生理)を含みます)  
( はい ・ いいえ )

私は上記医師から説明を受けましたので、このたびの造影検査を受けることを承諾します。

自署サイン \_\_\_\_\_

# MR I 検査チェックリスト

依頼医療機関名

依頼医師

患者名 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 ( 男 女 ) \_\_\_\_\_

検査予約日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

検査当日は、チェックリスト（この用紙）、MRI依頼書、造影検査承諾書、保険証、診察券（ある方）を持って、

**総合受付窓口** で受付後、放射線技術科窓口にお越し下さい。  
**検査20分前**までには受付を済ませてください。

緊急検査や前処置等の都合で、検査開始が若干遅れることもありますので  
予めご了承下さい。

MR I（磁気共鳴像）検査とは、大きな円筒の磁石の中に体をいれて、  
人体の内部を磁気を用いて任意の断面像を得る検査です。  
検査時間は検査によって異なりますが、15分～30分位です。  
検査中は、ドンドンとかダッ・ダッ・ダッ…という音が聞こえますが  
痛みなどはなく、ベッドで寝ているだけで終わります。

- \* ご不明な点、予約時間に遅れるとき、来院できないなどの場合はご連絡下さい。
- \* やむなく病院の都合で、日時を変更させて頂く場合もあります。その時は連絡させて頂きますのでご了承下さい。

検査当日に再度、技師が確認しますので、チェックして頂きご持参してください。

- |             |           |
|-------------|-----------|
| 1.心臓ペースメーカー | ( 有 ・ 無 ) |
| 2.除細動器      | ( 有 ・ 無 ) |
| 3.人工内耳、人工中耳 | ( 有 ・ 無 ) |
| 4.可動型義眼     | ( 有 ・ 無 ) |

上記の1～4の質問に対し、1つでも **有** がある場合、検査が出来ませんのでご了承下さい。

- |                                 |           |
|---------------------------------|-----------|
| 5.脳動脈クリップの手術歴                   | ( 有 ・ 無 ) |
| 6.ステント留置歴                       | ( 有 ・ 無 ) |
| 7.マグネット式の義歯の使用                  | ( 有 ・ 無 ) |
| 8.歯科矯正                          | ( 有 ・ 無 ) |
| 9.骨折等の整形外科手術歴(人工骨頭・プレート・人工関節など) | ( 有 ・ 無 ) |
| 10.現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性             | ( 有 ・ 無 ) |
| 11.刺青                           | ( 有 ・ 無 ) |
| 12.体内・体表金属(消化管止血クリップ、皮膚ステープルなど) | ( 有 ・ 無 ) |
| 13.避妊リング                        | ( 有 ・ 無 ) |
| 14.金属片                          | ( 有 ・ 無 ) |

(有)の場合は事前に、留置した  
医療機関に問い合わせ頂き  
MRI撮影可能か確認して下さい。

上記の5～13の質問の対し、1つでも **有** がある場合、障害の危険性がありますので  
医師と相談して、検査が出来ない場合があります。

- |                           |           |
|---------------------------|-----------|
| 15.ニトロゲーム・ニコチネルを使用(貼っている) | ( 有 ・ 無 ) |
| 16.化粧(アイシャドウ、マスカラなど)      | ( 有 ・ 無 ) |
| 17.時計、磁気カードなど             | ( 有 ・ 無 ) |
| 18.ネックレス、指輪、ピアスなど金属製の装飾品  | ( 有 ・ 無 ) |
| 19.カイロ、エレキバン、中国針          | ( 有 ・ 無 ) |
| 20.ボディースーツ、ホックなど金属のついた下着  | ( 有 ・ 無 ) |
| 21.補聴器                    | ( 有 ・ 無 ) |
| 22.カラーコンタクト               | ( 有 ・ 無 ) |

上記の14～21質問の対し、MR室内に持ち込みますと熱をもったり、破損する恐れがあります。  
全て、はずしていただきMR室ロッカーにて保管させていただきます。

- |          |           |
|----------|-----------|
| 23.閉所恐怖症 | ( 有 ・ 無 ) |
|----------|-----------|

ご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせください。

# MRI 検査依頼書

依頼医療機関名 \_\_\_\_\_

依頼医師 \_\_\_\_\_

患者名 \_\_\_\_\_

年齢 \_\_\_\_\_ 歳 性別 ( 男 ・ 女 )

検査予約日時 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( ) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

経過及び検査目的

| 撮像部位・方法詳細 |     | 単純  | ・ | 単純＋造影  |
|-----------|-----|---|---|--|
| 1         | 頭部  | 大脳 ・ 小脳 ・ 脳幹<br>眼窩 ・ 顔面 ・ 副鼻腔<br>その他 ( )              |   | <input type="checkbox"/> 放射線科一任<br><br><input type="checkbox"/> 撮像法指定<br>・ T1強調像<br>・ T2強調像<br>・ その他 ( )<br><br><b>【特殊】</b><br><input type="checkbox"/> 非造影<br>MRA<br>MRCP<br><input type="checkbox"/> 造影<br>ダイナミック<br>SPIO (肝のみ)<br>その他 ( ) |
| 2         | 頸部  | 甲状腺 ・ 咽頭 ・ 喉頭<br>その他 ( )                              |   |  |
| 3         | 胸部  | 肺野 ・ 縦隔 ・ 胸壁<br>大動脈 ・ 心臓<br>その他 ( )                   |   |  |
| 4         | 上腹部 | 肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 脾<br>腎 ・ 副腎 ・ 大動脈<br>その他 ( )              |   |  |
| 5         | 骨盤部 | 子宮 ・ 卵巣<br>前立腺 ・ 膀胱<br>その他 ( )                        |   |  |
| 6         | 脊椎  | ( C ~ C ) ( Th ~ Th )<br>( L ~ L ) ( S ~ )<br>その他 ( ) |   |  |
| 7         | 関節  | 右 肩関節 ・ 肘関節 ・ 手関節<br>左 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節                |   |  |
| 8         | その他 |   |   |  |

# 造影(MR)検査説明書 (患者様用)

依頼医療機関名

依頼医

患者名

年齢

歳

性別

(男・女)

( ) の造影検査を行います。

検査当日は、

検査説明書(この用紙)、保険証、診察券(お持ちの方)、MRI依頼書、MRIチェックリスト、**造影検査承諾書**を持って  
予約時間の30分前までに

**総合受付窓口** で受付後、放射線技術科窓口にお越し下さい。

緊急検査や前処置等の都合で、検査開始が若干遅れることもありますので  
予めご了承下さい。

□検査時間は MRI 造影検査では約30~60分  
※検査内容により所要時間が異なります。

MRI 検査は造影剤を使用しなくても行えますが、疾患によっては  
正確な診断ができない場合があります。  
そのため、より詳細な情報を得るために造影剤という検査薬を使用します。

□検査当日の食事 □検査が午前の場合、朝食はとらないで下さい。  
□検査が午後の場合、昼食はとらないで下さい。  
**※検査予約時間の6時間前から絶食です。**

□血圧の薬・心臓の薬・喘息の薬は飲んで下さい。  
ただし造影検査を受けられる方で糖尿病治療薬を服用されている場合は医師の指示に従ってください。

※お水・お茶を口をうるおす程度飲んで頂いても結構ですが  
病院来院後の水分摂取はご遠慮下さい。

□検査着への着替えがあります。  
胸部・腹部検査では、検査着に着替えていただく場合があります。  
着替えやすい服装でお越し下さい。

□胸部や腹部の検査は、撮影中に息を止めて行います。(約20秒間です。)

□妊娠の可能性のある患者様は、担当**技師**へ必ず申し出て下さい。

※乳幼児の場合、検査の時に眠れるように、出来るだけ昼寝はさせないで下さい。

□ご都合がつかず検査を延期又は中止されたい方は、できるだけ早く連絡して下さい。

◎予約変更の場合には診察券の番号が必要になりますので、予めお調べになった上で  
ご連絡くださいますようお願いいたします

済衆館病院

電話番号

0568-21-0811