

ダイレクト検査予約票・説明書

発行日 令和 年 月 日

発行医療機関 _____

発行医師 _____

患者様氏名 (漢字) _____ 様

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

検査名 MR I 【造影】 ※撮影部位 (_____)

予約日時 _____ 月 _____ 日 (_____) 時 _____ 分

∴あなたの検査予定は上記の日時です。

∴検査当日は、「ダイレクト検査予約票・説明書」、「同意書」、「問診票」、「診療情報提供書」、「健康保険証」、「深谷赤十字病院の診察券 (お持ちの方)」などをご持参の上、検査予約時間の30分前に紹介患者様専用受付へおいでください。

∴検査の前に更衣室で検査着に着替えていただきます。

∴MRI 検査は、とても強い磁石を利用して体の中を調べる検査です。

∴検査室内には、金属製品類を持ち込むと危険ですので、必ず外していただきます。

金属類・時計・携帯電話・鍵・磁気カード・メガネ・ベルト・入れ歯

アクセサリ (ピアス・ネックレス・指輪)・ヘアピン・ウィッグ

金属の付いた下着・ファスナー・吸湿発熱素材の衣類など

∴検査中に大きな音がしますが、20～40分前後で終了します。

∴化粧品 (マスカラ・アイライン・アイシャドウなど)、カラーコンタクトレンズには、磁性体が含まれているものがあり検査画像に影響があるだけでなく、皮膚・粘膜等を傷つけることがあるので控えてください。

∴造影剤を使用する方または腹部 (消化器) 検査をする方は食事制限があります。

午前検査の場合→朝食中止 / 午後検査の場合→昼食中止

・水分の制限はありませんので、水、お茶は飲んでいただいて構いません

・お薬も飲んでいただいて構いません (血糖薬以外)

∴検査日時に都合がつかない場合やご不明の点がございましたら、ダイレクト検査予約担当までご連絡ください。

深谷赤十字病院 ダイレクト検査予約担当 TEL: 048-571-1511 (内線6223)

【造影検査について】

1. はじめに

検査当日、あなたが受ける検査では「造影剤」という検査薬を使用します。造影剤を使った検査を受ける方には、あらかじめ同意をいただいております。恐れ入りますが、まず以下の項目をお読みください。そのうえでご納得いただけましたら、この同意書に署名をお願いします。

2. 造影剤とは何ですか？

診断にあたって情報量を増すために、画像にコントラストをつける検査薬です。「血管に注射するもの」と「お飲みいただくもの」とがあります。前者では、ガドリニウム製剤が使われます。造影剤注射後、腎機能に問題がなければ、腎臓から尿として体外へ排泄されます。

3. 造影剤を使う利点は何でしょうか？

血管内に注入された造影剤は、血管を介して全身の臓器に分布します。したがって、血管腔の状態、臓器の血流状態、および病変の性状で造影剤の分布がかわり、その濃度の濃淡がMRI検査の画像に反映され、診断上重要な情報を得ることができる可能性が高まります。一方、経口MRI造影剤では、造影剤が流れていく胃・十二指腸・小腸の内腔を白くしたり黒くしたりして、消化管にコントラストをつけて診断に寄与します。

4. どのような方にも造影検査は行えるのでしょうか？

アレルギー体質の方は副作用を生じる可能性が約1.9倍多いとされ、喘息(ぜんそく)の方の場合は1.5倍といわれています。また造影剤を使うと、腎機能や肝機能をさらに悪化させることがあります。そのため次に該当される方は、造影剤の検査の際に、放射線診断科の担当医にその旨をお知らせください。

- ①以前、造影剤で具合が悪くなったり、副作用が出たことのある方
- ②喘息やアレルギーをお持ちの方
- ③重い腎臓病をわずらっている方

5. 造影剤にはどのような危険性があるのでしょうか？

最近では、副作用のかなり少ない造影剤が開発され用いられてきてはおりますが、それでも1.2%の方になんらかの副作用が出現します。

①静注(注射による)MRI造影剤(ガドリニウム製剤)

ほとんどは、気分が悪くなったり、頭痛がしたり、吐いたり、じんましんが出たり、かゆくなったりといった程度の軽いものです。しかしまれに、冷や汗が出たり、胸が苦しくなったりすることもあります。また0.0025%未満(4万人に一人)、ショックなどの重篤な副作用を生じることがあります。

②経口MRI造影剤

ごくまれに軟便、下痢、腹痛が起こることもあります。

6. 緊急時の対応について教えてください

予期せぬ事態に対する処置については、放射線診断科の担当医にお任せください。検査終了後に生じる遅発性の副作用は少ないといわれていますが、たとえば帰宅後などに何か異常が現れた場合には、すぐに放射線診断科か救急部までご連絡ください。その際には、いつどのような検査で造影剤を注射されたのかを、忘れずにお話してください。

以上、今回の医療行為について説明致しました。個々の点についてお分かりにならない点やご不安を覚える点などがありましたら、どうぞご遠慮なくお尋ねください。そして、十分にお考えの上、ご了解いただけましたらご署名をお願い致します。同意書を提出された後でも、ご希望があれば検査を中止することはできますので、いつでもお申し出ください。

MR I 検査【造影】同意書

○私は、今回の医療行為を受けることについて、この説明により、深谷赤十字病院で造影剤を使用する検査を受けることに同意します。また予定している診療行為およびそれに関連する事項について理解できましたので、必要な医療措置が行われることに同意します。なお、このたびの医療措置の実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意します。

予約医療機関名 _____

説明した医師氏名 _____

令和 年 月 日

ご本人ご署名 _____

ご家族ご署名 _____ (ご本人との続柄: _____)

- ◆ 患者さんの受けられる診療行為については、ご家族の方もそのことを十分に理解されていることが望ましいと考えております。そのため当院では、患者さんご本人とは別に、ご家族の方のご署名もお願いしています。
- ◆ 患者さんの容態によっては、ご本人からのご了承をいただくことが困難な場合もございます。そのような場合には、ご家族のご了解をもってこれに代えさせていただきます。(ご家族とは、原則として 配偶者・父母・子・兄弟(姉妹)・孫・祖父母・その他同居人とさせていただきます。また、患者さんが未成年の場合には、法定代理人である親権者と致します。)

深谷赤十字病院 放射線診断科 ダイレクト検査予約担当
TEL 048-571-1511 (内線6223)

MR I 検査【造影】問診票

記載日 令和 年 月 日

患者様氏名 (漢字) _____ 様

○以下の質問にお答えください

1) 今までにMR I 検査を受けたことがありますか？ いいえ あり 当院 他院
(_____)

2) 体重 _____ Kg

3) 体の中に下記項目に該当するものがありますか？ (条件付きで撮影可能)

- ・心臓ペースメーカー／植込み型除細動器／植込み型心電モニタ なし あり
- ・人工内耳 / 神経刺激装置 なし あり
- ・脳室腹腔シャント (圧可変式バルブ) なし あり
- ・脳動脈瘤クリップ・コイル なし あり
- ・整形外科手術での金属プレート／人工骨頭／人工関節 なし あり
- ・血管内または消化管内ステント／コイル／クリップ／人工心臓弁 なし あり
- ・磁石埋め込みの義歯・義眼／歯科インプラント／歯科矯正ワイヤ なし あり
- ・その他 上記以外に体内の金属 (_____) なし あり
- ・刺青／アートメイク／眉の入れ墨 など なし あり

4) 体に付けている下記項目はありますか？ (検査前に体から外すことで撮影可能)

- ・入れ歯(外すことが可能な義歯)／補聴器／カラーコンタクトレンズ なし あり
- ・貼付剤 (経皮吸収) ニトログラム／ニコチネル／ニュープロパッチ／ノルspan なし あり
- ・磁石入り絆創膏／磁気ベルト／カイロ／湿布 なし あり

5) 狭い空間が苦手ですか？ (閉所恐怖症) いいえ はい

6) (女性の方) 妊娠中または妊娠の可能性がありますか？授乳中ですか？ いいえ はい

7) 今までにMR I 造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？ なし あり

8) 以前にMR I 造影剤を使用したことがある方に伺います
造影剤を使用した時に副作用はありましたか？ なし あり

9) 気管支喘息、アレルギーの既往はありますか？ なし あり

深谷赤十字病院 放射線診断科