

患者氏名 (カナ記載で構いません)			
予約日	年 月 日 () 曜日	予約時間	(午前・午後) (:)

当日は、検査の **30分前**までに、**C1：放射線科受付** にお越しください。

検査当日の注意

造影MRI検査 40～60分

- ① 食事は、検査予約時間の**4時間前**までに済ませ、以降は**検査が終わるまで食事は摂らない**でください。
 ※飲水は、水分制限のない方は十分に水分をとってください。

(○；水・緑茶・白湯など) (×；コーヒー・牛乳・ジュース)

- ② 服用中のお薬は、医師の指示がない限り いつものように飲んで下さい。
 ③ MRI検査は検査の**安全性を確保**するために**検査専用の衣服**にお着替えをお願いしております。
 ④ 以下のものは**検査当日着用しないでください** (外せない場合は**基本検査不可**)

- ・**増毛パウダー** ・**白髪染めスプレー** (鉄粉が含まれています・**装置故障**に繋がります)
- ・**カラーコンタクトレンズ** (金属粒子で色付けされおり火傷の可能性があり大変危険です)
- ・**ラメ、鉄粉含む化粧品** (特に**マグネットネイル**・マスカラ・アイシャドーなど)

※マグネットネイルは爪・皮膚の火傷・変色・焦げ・火花の発生が国内で報告されています

上記製品には鉄粉・金属粒子が含まれる可能性があり**火傷の危険**があります。

鉄粉・金属粒子がMRI装置に入りこむと**故障**の原因になるため上記製品を使用しないようお願いします

- ⑤ 貼付薬は種類により検査前に外すことがありますので検査不可の貼付薬の場合**交換品**をご用意ください。

× 検査不可	ニュープロパッチ・フェントステープ・ニトロダーム・ニコチネル・ホクナリンテープ・エストラーナテープ
○ 検査可能	ミリステープ・フランドルテープ・硝酸イソソルビドテープ・リバスタッチ・イクセロンパッチ・ピソソテープ ツロブテロールテープ・デュロテップMTパッチ・ワンデュロパッチ (貼付したまま検査可能)

★事情により予約時間に遅れる または 検査がうけられない場合には、電話でご連絡下さい。

患者氏名 (カナ記載で構いません)			
予約日	年 月 日 () 曜日	予約時間	(午前・午後) (:)

MRI検査

・MRI（磁気共鳴画像診断装置）を用いて、骨盤内を描出する検査です。

腸管蠕動抑制剤

・検査によっては、**腸管蠕動抑制剤（ブチルスコポラミン）**を主治医に指示のもと、肩などの上腕部に筋肉注射をすることがあります。

これは、胃・腸の動きを一時的に緩やかにすることで画質の向上を図ります。

次の疾患・症状のある方には使用出来ません。

禁忌	：	出血性大腸炎・緑内障・前立腺肥大・重篤な心疾患
慎重投与	：	うっ血性心不全・排尿困難・潰瘍性大腸炎・甲状腺機能亢進症・不整脈
注意喚起	：	妊産婦・授乳婦・高齢者・小児
副作用	：	<u>めまい・眼の調節障害・口渇・悪心・嘔吐・排尿障害・頭痛・眠気、心悸亢進・発疹・顔面潮紅</u>

検査後の注意

- ① 造影剤は、尿として排泄されます。水分制限がない方は、十分に水分をとってください。
- ② 検査後に かゆみ・じんま疹・吐き気・気分不良などの症状が出た場合は、下記まで連絡ください。
- ③ 帰宅後にも、上記の症状が出た場合は「**遅発性副作用**」の可能性がります。

その際も下記まで連絡ください。

★事情により予約時間に遅れる または 検査がうけられない場合には、電話でご連絡下さい。

MRI検査 問診票

4/3項

患者氏名 (カナ記載で構いません)				身長	体重
生年月日		T・S・H・R	年 月 日 (歳)	cm	kg
予約日	年 月 日 () 曜日	予約時間	(午前・午後) (:)		

1) 下記の項目について該当するほうに○をお願いします。

① ペースメーカーなどの心臓植込み型不整脈デバイスの有無 → 条件付きMRI対応はペースメーカー外来でデバイス確認、検査日程の調整が必要 <input type="checkbox"/> 済 (未の場合検査不可)	・なし ・あり →条件付きMRI対応 (はい・いいえ)
② 植込み型心電図計 (保存データ破損の可能性) → 循環器内科(他施設の植込みは該当施設)への確認が必要 <input type="checkbox"/> 済 (未の場合検査不可)	・なし ・あり →製品名
③ 体内に残存するペースングワイヤー (禁忌製品が存在) → MRI適合性不明で検査を施行する場合、リスク説明と医師の立ち会いが必要 <input type="checkbox"/> 説明済 / 医師PHS()	・なし ・あり →製品名
④ 神経刺激装置 (当該装置研修終了医師の確認が必要) → 条件付きMRI対応かつ当該装置の研修を終了した医師の確認が必要 詳細はMRI室へ(内線:8346/8347)	・なし ・あり →製品名
⑤ 歯科矯正・磁石式入歯・磁石式インプラントについて → MRI適合性を歯科の主治医へ確認が必要 <input type="checkbox"/> 済 (未の場合検査不可)	・なし ・あり →製品名

2) 医療機器/器具などの植込み または留置・その他使用について

- ・「MRI対応」「条件付きMRI対応」「MRI非対応」の確認が必要。条件付きは磁場強度などの制限があります。
- ・使用装置は添付文書に従って下さい。インターネット検索、『PMDA』などの医療機器情報検索サイトにて検索可

①人工内耳、機械的人工心臓弁、皮下植込み型ポート	・なし ・あり →製品名
②血管系ステント、静脈フィルター、胆管・腸管ステント	・なし ・あり →製品名
③頭蓋内クリップ・コイル、脳室シャントカテーテル (チューブ)	・なし ・あり →製品名
④内視鏡検査で止血/マーキングクリップを使用した (1か月以内)	・なし ・あり →製品名
⑤その他 (いつ、どこに、どんな物などわかる範囲で)	

3) 下記の項目について該当するほうに○をお願いいたします。「あり」の場合、オーダーへコメント入力をお願いします。

① 閉所恐怖症で内服・静注指示が必要	・なし ・あり ⇒カルテに指示箋の入力をお願いします
② 妊娠中・妊娠の可能性 (14週未満は原則検査不可)	・なし ・あり ⇒産婦人科医師の確認が必要
③ インスリンポンプ、持続グルコース測定器 (取り外しが必要)	・なし ・あり ⇒検査前に各外来での取り外しが必要
④ アートメイクや刺青 (タトゥー)	・なし ・あり ⇒変色・熱傷の可能性の説明が必要
⑤ 皮下または体内に金属片がある (砲弾破片・金属研磨業)	・なし ・あり ⇒眼などの決定臓器付近は禁忌
⑥ 金属製の義眼 (可動型) の有無	・なし ・あり ⇒MRI対応の確認が必要

確認日	紹介元医療機関名	確認医師
原則1ヶ月以内	年 月 日	

○ 造影MRI検査について

- ・MRI用造影剤として、陽性造影剤：ガドリニウム製剤、陰性造影剤：リゾビストを使用しています。
- ・陽性造影剤は約1日で尿と一緒に排出され、陰性造影剤は血液を作る成分に変換され体の中で活用されます。
- ・単純MRI検査に加え、さらに造影剤を投与して検査を行なうことで、病気のより詳しい情報を得ることができます。
- ・造影剤は検査中に静脈より投与し、投与中または投与後より撮像を開始します。
- ・精度の高い検査を行なうには欠かせないものですが、稀に副作用を起こすことが報告されています。

○ MRI用造影剤の副作用について

- ・副作用には、吐気、むかつき、蕁麻疹などの軽度のものから、急激な血圧低下によるショック、喉頭浮腫などによる呼吸困難、中毒性表皮壊死融解症など重度に至るまでの副作用が報告されています。
- ・それらの副作用が起こることは稀ですが、予め予測することができません。以下のような症状・疾患がある方は注意が必要です
- ・副作用が発生するリスクの高い方も安全に検査できるよう配慮しますので、必ず申し出て下さい。
- ・まれに、静脈穿刺時に神経が刺激・損傷され、痺れや痛みが残ることがあります。また勢いよく造影剤を注入するため、血管外に漏れて局所的な炎症や腫れが生じる場合があります。仮に処置が必要な際にはすみやかに対処、治療を行います

禁忌	妊産婦、重症気管支喘息、重篤な甲状腺疾患、ガドリニウム造影剤・リゾビストに対して過敏症の既往歴 リゾビストに関して（鉄注射に対し過敏症、ヘモクロマトーシス等鉄過剰症、出血している患者）
原則禁忌	一般に全身状態の悪い方、気管支喘息、重篤な腎障害
慎重投与	腎障害あるいは腎機能低下、近親者に気管支喘息、痙攣発作後、高齢者、小児など リゾビストに関して（貧血治療のため鉄剤投与している、出血傾向、発作性夜間血色素尿症）

・その他重篤な副作用として **腎性全身性線維症（NSF）** があります。発生頻度は不明で**重篤な腎機能低下**（eGFR値<30）や**透析患者にガドリニウム造影剤を投与すると、NSFが発症することがある**とされています。

当日～数カ月（時に数年）で発症と（超）遅発的で確立した治療法がありません。

・皮膚の疼痛・掻痒感・腫脹・紅斑が通常下肢から発症し、晩期には皮膚や皮下組織の線維性肥厚があり、障害が高度であれば死亡する可能性もあります（推定死亡率20-30%）。

No	確認内容						
1	これまでにMRI造影剤使用の造影検査を受けたことがありますか？				なし	あり	
2	これまでにMRI造影検査を受けた時に副作用はありましたか？ 【あり】の場合 症状を詳しく記載ください →				なし	あり	
3	授乳の有無（該当者のみ）				なし	あり	
4	気管支喘息の有無 →（原則禁忌、無治療で無症状の期間が5年以上続いていれば「なし」				なし	あり	
	→ ※喘息「あり」で造影検査を施行する場合は、造影時に医師の立会いが必要です（呼び出しPHS： ）						
5	最新の血液データ (3ヶ月以内のデータ)	eGFR	記入ください	mg/d l	年	月	日
					正常値 45以上 正常値・異常値・未施行		

以上、MRI造影剤の副作用とその発現率、静脈穿刺時の神経損傷、血管外漏出の可能性について了承の上、**同意書に承諾下さい。**

MRI 造影検査 同意書

私は、医師から造影MRI検査で使用する造影剤について説明を聞き、その必要性和副作用について理解しました

検査および造影剤の使用について

同意します

同意しません

(本人または代理人署名・記入日)

年 月 日 署名：

(続柄)

医療機関名

確認医師 署名

紹介元

説明者 署名

←上記と同じであれば同上と記載