

造影MR検査を受けられる方へ

患者氏名： _____ 性別 男 ・ 女

生年月日： _____ / _____ / _____ 年齢 _____ 歳

あなたに予定されているMR検査は、

検査部位：	頭・頸・胸・腹（ <input type="checkbox"/> 肝胆脾・ <input type="checkbox"/> 他）・骨盤・四肢（ ）・他（ ）	
検査予定日：	_____ / _____ / _____	_____ :
※検査室の都合（急患等）で予約時間が変わることがあります。予めご了承下さい。		
検査部位が、腹部（肝胆脾）の方は、 『午前』予約の方は、 朝食 をとらずに、『午後』予約の方は、 朝食と昼食 の両方をとらずにお越し下さい。 飲水は、『お茶・お水』のみ、予約時間の 2時間前 までとして下さい。		
それ以外の検査部位の方は、 検査前の 4時間前 に食事をとらないで下さい。飲水は『お茶・お水』のみとして下さい。 ※検査部位が、『腹部（他）』『骨盤』の方の飲水は、予約時間の 2時間前 までとして下さい。		
説明日：	_____ / _____ / _____	_____ :

検査当日 MR検査を受けられる方へ・問診同意書等（計3枚）、保険証、診察券（再来の方）をお持ち下さい。

- ・当院に初めて来院される方又は、前回来院から3ヶ月以上経過されている方は、総合受付窓口にて「放射線科」の受付をして下さい。再来の方は、自動再来受付機で「放射線科」受付を済ませて、**予約時間30分前**までに1階の放射線部受付へお越し下さい。
- ・常用薬のある方は、主治医からの休薬の指示がない限り、通常どおり内服・服用して下さい。

MR検査とは？

- ・狭いトンネルの中に寝た状態で、強力な磁場と電磁波を用いて身体内部を精密に観察する検査です。検査中は振動や大きな音がしますが、放射線を使用しない為、放射線被ばくのない検査です。検査所要時間は部位によって異なりますが、約1時間の予定です。

検査について MR室内に金属類や磁気類、電子機器を絶対に持ち込まないで下さい。

- ① 可能な限り金属類は全て外し、場合によって検査着に着替えてから検査台に寝ていただきます。
- ② 化粧や整髪料は控えていただき、カラーコンタクトは使用しないで下さい。（容器は各自ご準備下さい。）
- ③ 動きに弱い検査ですので、大きな音が鳴っている間は動かないで安静にしてください。
- ④ 検査中に「息止め」が必要な場合がありますので、ご協力お願いします。
- ⑤ 検査中、何かありましたら手元のブザーを押してお知らせ下さい。
- ⑥ 検査部位が腹部の場合、検査前に水菓を飲んでいただく事があります。
- ⑦ 病変を判別し易くするため、造影剤や腸の動きを抑制する（骨盤部）ための静脈注射をします。

ご注意 MR検査が困難な方と注意を要する方(危険性など) ⇒『事前に主治医へお知らせ下さい。』

- ① 手術（内視鏡）などにより体内や体外に、金属や電子・医療機器等を装着している方

<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー、人工心臓弁、埋め込み型除細動器、心血管内コイル など ・脊髄刺激療法・深部刺激療法装着患者、持続血糖測定器（リブレなど）着用者 など ・脳動脈瘤クリップ、脳血管内コイル・ステント、義眼、人工角膜、インプラント など ・血管内フィルター、血管内ステント、埋め込み型カテーテル、内視鏡止血クリップ など ・人工内耳、人工関節、人工骨、骨折治療用金属、義肢、義足、補聴器、体内金属片 など
--
- ② 痙攣やてんかんを起こしたことのある方
- ③ 高度の閉所恐怖症の方、仰向けの姿勢が辛い方
- ④ 入れ墨やアートメイクのある方
- ⑤ 造影検査予定の方で、現在妊娠している方、妊娠している可能性がある方、授乳中の方
気管支喘息や薬物アレルギー（造影剤含む）のある方

検査終了 ※造影剤を注射した方は、「**検査終了から約30分間**」院内にて待機して頂きます。予めご了承下さい。

- ・他院からの紹介の方は、基本箋（ファイル）及び、放射線部受付にて検査画像を収載したCDを受け取られましたら、会計を済ませてお帰り下さい。後日CDをお持ちになって、紹介元医療機関で結果説明を受けて下さい。（説明日時等は、各自ご確認下さい。）※当院での説明は致しません。
- ・検査後の生活は通常どおりで構いませんが、造影剤を注射された方は十分な水分をお取り下さい。
- ・水菓には鉄成分が多く含まれている為、便の色が緑色になる場合がありますが、なんら心配ありません。

造影剤の説明と問診・同意書（MR用）

貴方がこれから受ける検査では、造影剤と呼ばれる薬を注射して検査します。

造影剤は器官や血管を良く見えるようにし、病気の有無、広がり、性質などのより詳しい情報を得ることができます。

造影剤を使うと稀に副作用が起こることがありますが、当院では検査中、患者様の様子を常に観察しており、万一の副作用に対してもすばやく対処できるようにした上で検査を行っていますので、もし少しでも変だと感じたら、手元のブザーを握るか、すぐにおっしゃって下さい。

〈造影剤について〉

- ・勢いよく造影剤を注入することがあるため、血管外に造影剤が漏れることがあります。この場合は、注射した部位が腫れて、痛みを伴うこともありますが、基本的には時間が経てば吸収されますので心配ありません。
- ・漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要になることもありますが、稀です。

1.軽い副作用（頻度は3%以下）

吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹、アレルギー、腰痛などです。その多くは検査直後に見られますが、検査の1～2日後に現れることもあります。これらの多くは治療を要さないで回復します。

2.重い副作用（頻度は0.05%以下）

呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全などです。このような副作用では入院も必要で、場合によっては後遺症が残ったり、手術が必要なこともあります。病状・体質によっては約100万人につき1人の割合（0.0001%）で命に関わる副作用もあります。

3.重度の腎障害のある方は、腎性全身性線維症の発生頻度が1～7%に増加すると言われてしています。

〈造影検査を受けられた後の注意〉

- ・造影剤の殆どは、尿として体外に排出されます。検査終了後は、できるだけ多くの水分を取るようして下さい。
- ・また稀に、検査の1時間から数日後に遅発性の副作用（頭痛、悪心、発疹、掻痒、蕁麻疹など）が起こることがあります。帰宅後や夜でも気分が悪くなった場合は、すぐに当院にお電話下さい。※お問い合わせの際に、『造影剤を使ったMR検査について』とお伝え下さい。

〈造影剤を使用しない場合の不利益〉

病変を発見しにくくなることや、病変の状態がわかりにくくなる場合があります。もし、副作用や合併症が起きても適切な処置を行えるような準備をして、検査を行っています。造影剤について不明な点がある方、造影剤を使用したくない方は、ご遠慮なく申し出て下さい。

その他、疑問やご希望があれば、お気軽に担当職員にその旨お話し下さい。

以上のことに納得されれば3枚目の**問診票**のご記入と**同意書**にご署名されて、検査当日までにお渡し下さい。（ご署名がなければ、造影剤を使用することが出来ません。）

検査に関するお問合せは、	済生会川内病院 放射線部	(直通) TEL0996 (22) 8951
その他のお問合せは、	済生会川内病院	(代表) TEL0996 (23) 5221

造影MR検査 問診票

※該当するものを○で囲んで下さい。

□:職員チェック欄

① 女性の方で、現在妊娠中又は、妊娠している可能性は？	ある ・ ない	□
② 以前に造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？	ある ・ ない	□
→いつ頃？（ ） どの検査？（ ）		
③ 今までに、造影剤の副作用がありましたか？	ある（ ） ・ ない	□
④ アレルギー性の病気やアレルギー体質ですか？	ある ・ ない	□
→「ある」と答えられた方で、どのような「アレルギー」ですか？（○で囲んで下さい）		
喘息・じん麻疹・鼻炎・アトピー・薬・食べ物・ヨード又は、ガドリニウム過敏症・鉄 その他、詳細に（ ）		
→上記、「アレルギー」の現在の状況について教えてください。（□に✓を記入して下さい。）		
□ 現在、治療中である。 →直近の発作はいつ頃？（ ）頃		
□ 特に治療していない。		
⑤ 次のような病気をもっていますか？（○で囲んで下さい）	ある ・ ない	□
心臓病・腎臓病・透析（有・無）・重篤な肝機能障害・甲状腺疾患・てんかん（痙攣） 緑内障・前立腺肥大症・腸閉塞・鉄過剰症（ヘモクロマトーシス等）・閉所恐怖症 その他（ ）		
⑥ 『体内』や『体外』に何らかの金属や電子・医療機器がありますか？	ある ・ ない	□
→「ある」と答えられ、以下に該当される方は、依頼医師にご相談下さい。		
ペースメーカー・人工内耳・補聴器・入れ歯・インプラント・義眼・カラコンタクト・人工関節 手術クリップ・内視鏡止血クリップ（2週間以内）・入れ墨・金属片・脊髄刺激、深部刺激装置・持続血糖 測定器（リブレなど）・携帯用ポンプ・その他（ ） （上記、医療機器を含めた部位を撮影する場合、機器のモード変更や取り外し又は、検査不可能なことがあります。）		
⑦ あなたの身長は？ _____ cm	⑧ あなたの体重は？ _____ kg	□
⑨ その他検査に関する質問があれば（ ）		
※職員記入		
【前回の腎機能値】 Cre : _____	eGFR : _____	※30未満は原則禁忌

造影MR検査 同意書

病院長及び、済生会川内病院 院長殿

私は、医師からの説明を受け、問診票に答え、予定されている検査について理解しました。
検査に関して、私が疑問に思っていた事については、すべて納得できました。
私に行われる予定の造影MR検査の危険性と便益を知りました。

よって、造影MR検査の施行に（ **同意します** ・ **同意しません** ）。

〔 ・同意された場合でも、いつでも同意を撤回することができます。 〕
〔 ・申し出が無い場合、本同意書は3ヶ月間有効とさせていただきます。 〕

（記入日） 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ご署名 _____（本人）

代理人 ご署名 _____（続き柄 _____）

上記患者に対して検査の必要性、検査の危険性、合併症について説明を行い、同意を得ました。

紹介元医療機関

説明医師 _____ 病・医院 署名 _____

済生会川内病院

説明医師 _____ 科 署名 _____

説明者 _____ 署名 _____