

ガドリニウム系造影剤使用についての説明書

患者番号 :

様

(性別 :) (年齢 :)

説明内容

1. 検査についての説明

今回実施する検査では“ガドリニウム系造影剤”という薬を使用します。造影剤の使用により、病気の有無やその性質、範囲などをより正確に評価することができます。

この薬は安全な薬剤ですが、稀に以下のような副作用がおこる場合があります。

検査時には隨時観察しておりますので、もし変だと感じたら、ためらわずに伝えください。また、その他わからない事や気になる事があればおたずねください。

2. 造影剤の副作用について

(1)軽い副作用：じんましん、かゆみ、吐き気、くしゃみ、せき等（確率：約1%以下）

検査の数日後に発疹が現れる場合もあります。これらは治療を要さないか、又は数回の投薬や注射で改善するものです。

(2)重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎不全など（確率：約0.005%）

入院の上で治療が必要です。場合によっては後遺症が残る可能性があります。

(3)症状、体質によっては約40万人につき1人（確率：0.00025%）の割合で死亡する場合もあります。

(4)検査時に勢いよく造影剤を注入する為、体が熱くなったり心臓がドキドキしたりする事もありますが、心配ありません。また、稀に血管外に造影剤が漏れ注射部位が腫れて痛みを伴うこともありますが、時間が経てば吸収されますので問題はありません。漏れた量が非常に多い場合は別の処置が必要となる事もあります。

副作用の発現を抑えるため、水かお茶を検査の1～2時間前に200～500ml(カップ1杯～ペットボトル1本)程度を摂取するようお願いします。

3. 検査終了後について

- ・検査終了後は水分（水・お茶）を多めにとってください。なお、水分を制限されている方は医師に相談してください。
- ・検査終了後、「じんましん、かゆみ、吐き気、嘔吐、咳、のどのイガイガ感、腹痛など」症状が現れた時は、すぐに受診科または放射線科までご連絡ください。
帰宅後に上記の症状があれば当院までお電話ください。その際いつ何科の検査で造影剤を使用したか忘れずにお話し下さい。

造影MRIのための問診票・同意書

患者番号：_____ 診療科_____
様 (性別：) (年齢：)

検査を行うため、下記の質問についてお答えください。

1. 今までに造影剤（注射）を使った検査を受けたことがありますか。
なし ある→〔CT・腎臓造影・MRI・血管造影・その他（ ）〕
2. その検査中、または、検査後次のような副作用が出たことがありますか。
なし ある→〔じんましん・かゆみ・吐き気・くしゃみ・呼吸困難・血圧低下・その他（ ）〕
3. あなた又はあなたの血縁者で次のようなアレルギー体質やアレルギーの病気にかかった事ありますか。
なし ある→〔自分・親・兄弟姉妹・子供〕
〔ぜんそく・じんましん・かぶれやすい・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・内服薬や注射で具合が悪くなった（薬名）・その他（ ）〕
4. 現在、腎機能が悪いといわれていますか。※はいと答えた場合スタッフサイドで検査値を記入。
いいえ はい→Cr 採血年月日 年 月 日
5. 妊娠中、またはその可能性がありますか。
いいえ はい
7. 現在、高血圧の薬（β遮断薬）を内服していますか。
いいえ はい

造影検査についての同意書

私は造影剤検査説明書を読み、説明を受けた上でガドリニウム系造影剤の使用に同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

同意書記載日 年 月 日

説明医師署名

患者本人署名

代理人署名

(続柄：)

MRIのための問診票・同意書

患者番号：

診療科：

様 (性別：) (年齢：) (体重： kg)

生年月日：

*MRI検査を安全に実施するために、別紙の説明・注意事項を
よくお読みください。安全に検査を行うため、検査着に更衣していただきます。

1. 下記の項目で“あり”のある方は検査が受けられません。
 - ・人工内耳、イレウス管チューブ、神経刺激装置、深部脳刺激装置、マグネット式義眼がありますか なし ある
 - ・妊婦および妊娠の可能性がありますか なし ある
2. 下記の項目で“あり”のある方は主治医の問診が必要です。（最下段に医師の署名欄あり）
 - ・心臓ペースメーカー、体内自動除細動器（当院循環器内科受診の必要があります） なし ある
 - ・手術・内視鏡等、医療行為による体内金属（人工関節、クリップ、コイル、ステント、人工弁、プレート、マグネット義歯、等） なし ある
 - ・手術以外その他の金属（義肢、義足、砲弾、鉄片等） なし ある
 - ・入れ墨（アートメイクも含む） なし ある
3. 下記の項目で“あり”のある方は検査前に取り外していただきます。
 - ・入れ歯、インプラント、歯科矯正器具（担当の歯科医師に確認） なし ある
 - ・義眼、カラーコンタクトレンズ なし ある
 - ・かつら、毛染めスプレー なし ある
 - ・補聴器 なし ある
 - ・貼り付けるタイプの薬（ニトロダーム他、シップ、エレキバン等） なし ある
4. その他、下記の項目にチェックをしてください。
 - ・閉所恐怖症はありませんか なし ある
 - ・今までにMRI検査をしたことありますか なし ある

以上、上記の記載に間違いありません。

私は、MRI検査の説明を十分に理解しましたので、検査を受けることについて同意致します。

記載日 年 月 日

代理人 署名 _____ (続柄) 患者本人 署名 _____ (自筆)

問診・同意書の確認スタッフ 署名 _____

《項目2の問診結果》

- 心臓ペースメーカー、除細動器 当院の循環器内科を受診し、検査可能
医療行為による体内金属 検査可能 (頃) (部位) (材質)
他の金属 検査可能 (頃) (部位)
入れ墨について 検査可能 (火傷や色の変色や絵柄の崩れの可能性を受諾)

MR検査の説明、問診を行い、検査可能であることを確認しました。

医師署名 _____ (自筆)

MRI検査 説明・注意事項

●検査説明

MRI検査は、X線を使わず、磁気と電磁波を利用して体内を画像化する検査方法です。

撮影する部位に関係なく金属を身に付けたまま撮影室に入ることはできません。

撮影前に必ず検査着に着替えて頂きます。

検査はトンネル状の装置の中で撮影いたします。

撮影中は工事現場のような大きな音がしますが、ヘッドホンで聴覚保護いたします。

検査中に気分が悪くなったときは、緊急呼び出しブザーでお知らせください。

検査時間は、内容によりかわりますが、20分～50分程度です。

撮影中は決まった姿勢の状態で動かないでいただく必要がありますので、ご協力お願いいたします。

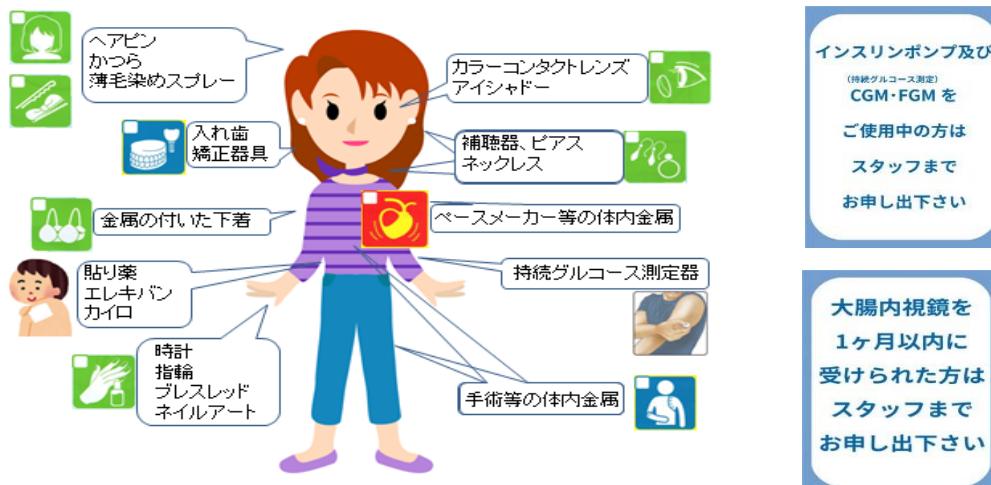
下記に該当する方は検査が行えない場合があります
必ずMRI検査問診・同意書にご記入をお願いします。

原則的にMRI検査を受けられない方

- 心臓ペースメーカー（条件付きMRI対応ペースメーカーは担当医師にご相談ください）
- 植え込み型除細動器、3.O.Tに対応していない人工内耳、神経刺激装置（深部脳刺激装置）
- 妊娠中、妊娠の可能性がある方（胎児に対するMRI検査の安全性は確率されておりません）

MRI検査を受けられない場合がある方

- 体内に金属が入っている方（金属の種類が確認できる、もしくは担当医の許可があれば可）
- 入れ墨、マスカラ、アイラインがある方（火傷、変色の可能性有。本人の許可があれば可）



上記以外の金属類等も発熱、吸着の危険性がありますので、事前にMRI問診・同意書への記入をよろしくお願いします。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

MRI検査 説明・注意事項

※検査ができなくなる可能性があります。
とくに注意してください

お化粧・ネイルについて

- ★ デオドラント・制汗剤には銀を含む製品がございます。可能な限り拭き取ってから検査をお受けください。
- ★ ネイルアート（マグネットネイル・ジェルネイル等）は金属を含む場合があり、画像に影響を及ぼす可能性があります。また、国内でも発熱や火花が散った等の報告があります。事前に除去のうえご来院ください。

カラーコンタクトレンズについて

- ★ 着色部に金属が使用されていることが多く、画像の乱れや眼への影響が懸念されます。検査前に必ず外していただきますよう、お願いいたします

※当院ではコンタクトレンズケースのご用意がございませんので、必要な方はご持参ください。

増毛パウダーについて

- ★ 銀を含む製品があり、発熱や画像の歪みの原因となる可能性があります。使用せずにご来院ください。

歯科矯正について

- ★ 歯科矯正用ワイヤーは金属製のため、発熱や歪みが生じる可能性があります。事前に歯科医師へMRI対応の可否をご確認ください。

保温下着(ヒートテック・遠赤外線シャツ等)について

- ★ 吸湿発熱素材を使用した下着は、低温やけどのリスクがあります。検査前の更衣時に必ずお脱ぎいただきますよう、ご協力を願いいたします。