
【MRI 造影検査にて造影剤を使用される患者さんへ】

この造影剤の説明をお読みになり納得頂けましたら、検査を安全に行うために別紙問診票と下記同意書をご記入ください。ご不明な点はお尋ねください。

◎造影剤とは

MRI 検査で病気の有無や、病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使用するかどうかは、主治医・担当医の依頼に基づき、専門の放射線科医師または検査担当医が判断します。

◎造影剤の副作用について

使用する造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が現れることがあります。副作用の頻度および内容について記載します。

1) 軽い副作用；吐き気・嘔吐・動悸・頭痛・かゆみ・発疹 など

・・・このような副作用が起こる確率は、100 人につき 1 人以下、つまり 1%以下です。

2) 重い副作用；呼吸困難・意識障害・血圧低下 など

・・・このような副作用が起こる確率は、1 万人につき 5 人以下、つまり 0.05%以下です。

3) 病状・体質によっては約 100 万人につき 1 人の割合（0.0001%）で死亡例も報告されています。

※MRCP 検査時に使用する経口消化管造影剤は検査後に軟便や下痢等の症状が出現することがあります。

受診者様記載欄

【MRI 造影検査（ガドリニウム・鉄製剤）のための問診票】

① 以下の病気をもっていますか？ ・・・（あり なし）

ありの場合いずれかに○（重篤な腎機能障害・重篤な肝機能障害・貧血）

② これまでに気管支喘息をいわれたことがありますか？ ・・・（あり なし）

ありの場合 5 年以内に気管支喘息の治療を受けたことがありますか？ ・・・（あり なし）

③ 薬剤によるじんましんなど、アレルギー疾患や鉄注射製剤過敏症をいわれたことがありますか？

・・・（あり なし）

ありの場合；その具体的な内容（ ）

④ これまでに造影剤を使用したことがありますか？ ・・・（あり なし）

ありの場合；その際副作用などの異常はありましたか？ ・・・（あり なし）

副作用ありの場合；その具体的な内容（ ）

⑤ 女性のみ；現在、妊娠またはその可能性はありますか？ ・・・（あり なし 不明）

現在、授乳中ですか？ ・・・（あり なし）

⑥ 現在の体重 kg

※問診結果によっては検査担当医師の判断で造影剤を使用しない場合があります。ご了承下さい。

【MRI 造影検査同意書】

☐ 造影検査を受けることに同意いたします。

☐ 造影検査を受けることに同意しません。

年 月 日

本人（署名）：

代諾者（署名）： （続柄）

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、同意もしくは同意しないことを確認しました。

年 月 日

施設名 説明医師： （署名）

霧島市立医師会医療センター 0995-42-1171

【MRI 検査のための問診表】

受診者様記載欄

次の内容についてお答え下さい。

受診者氏名 _____ 様
記載日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| ① 心臓ペースメーカー・埋込型除細動器（ICD） | （あり なし） |
| ② 神経刺激装置（脊髄等へ電気刺激を与え症状緩和する装置） | （あり なし） |
| ③ 髄液シャント | （あり なし） |
| ④ 人工心臓弁 | （あり なし） |
| ⑤ 人工内耳 | （あり なし） |
| ⑥ 整形外科領域インプラント（人工骨頭・人工関節・プレート等） | （あり なし） |
| ⑦ クリップ・ステント・コイル・フィルター（心臓・血管・消化管等） | （あり なし） |
| ⑧ その他のインプラント（義歯・義眼・義肢等） | （あり なし） |
| ⑨ 閉所恐怖症や腰痛等で 30 分以上寝てられない | （あり なし） |
| ⑩ 埋込型インスリンポンプ | （あり なし） |
| ⑪ 女性のみ；現在、妊娠又はその可能性 | （あり なし） |
| ⑫ 入れ墨 | （あり なし） |

※問診結果によっては検査できない場合があります。ご了承下さい。

※上記項目の治療時期・内容・病院名（MRI に対応しているかの確認に使用します）

- | | | |
|---------|---------|---------|
| ① _____ | ② _____ | ③ _____ |
| ④ _____ | ⑤ _____ | ⑥ _____ |
| ⑦ _____ | | |

医療機関（依頼医）確認欄

上記問診内容のいずれかが あり の場合、MRI 撮影不可または条件付きで撮影可能となります
詳しくはお問い合わせください

条件付きで撮影可能な例

- ◇ 心臓ペースメーカー
ペースメーカー手帳等で MRI 対応型かを確認できます
ペースメーカーは 3 テスラ MRI 対応で（ある ない） 対応でない場合は撮影不可です
検査には循環器医師の診察・業者立ち会いによるペースメーカーの設定変更が必要です
※必ず予約前に問合せをお願いいたします
- ◇ 髄液シャント
検査には脳外科医師によるシャントの設定変更が必要です
※必ず予約前に問合せをお願いいたします
- ◇ その他のインプラント
MRI 対応か判らない場合は治療を行った医療施設に問い合わせる等で確認お願い致します
インプラントは MRI 対応で（ある ない） 対応でない または不明の場合は撮影不可です
- ◇ 入れ墨は熱傷や変色の可能性がありますので同意が必要です