**＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊\*＊＊＊＊＊**

**【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〇（重篤な腎機能障害・重篤な肝機能障害・貧血）

1. 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）

1. 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（　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　）

1. 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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 ）

1. 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）

1. 現在の体重　　　　㎏

※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）

**＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊\*＊＊＊＊＊**

**【** **MRCP検査を受けられる患者さんへ】**

**◎MRCP検査について**

主に胆嚢や胆管・膵臓を撮像する検査です。検査前にボースデルという液体

(陰性造影剤)を服用して頂く場合がございます。

ボースデルはマンガンが含まれた液体です。服用することで胆管や膵管がはっきりと

見えるようになり、正確に把握できるようになります。

**◎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。

○主な副作用：　軟便

このような副作用の起こる確率は、約100人につき5人、つまり５％です。

　　　　○その他の副作用：下痢・腹痛・腹鳴・悪心・胸やけ・頭痛など

このような副作用の起こる確率は、約1000人につき1人、つまり0.1％です。

**服用時の注意**

**禁忌**・消化管穿孔又はその疑いがある患者

・本剤に対し過敏症の既往のある患者

**その他** ・テトラサイクリン系経口抗生剤、ニューキノロン系経口抗菌剤、

 セフジニルを服用されている場合は、薬剤作用が減弱する恐れがある為、

造影検査終了後3時間程度は内服時間を空けて頂く必要がございます。

・妊娠中の投与に関する安全性は確立されておりません。主治医の判断となります。本剤内服後48時間は微量ですが母乳中に排出されますので、授乳は避けて下さい。

※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。

**【MRCP検査同意書】**

**上記内容を理解し、**

**□　検査を受けることに同意いたします。**

**□　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）

**＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊**

**【MRI検査のための問診表】**

受診者様記載欄

受診者氏名　　　　　　　　　様

次の内容についてお答え下さい。 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分以上寝ていられない （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）

①②③.

④⑤⑥.

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