

# MRI検査問診表

患者番号		予約日	
患者氏名		生年月日	年齢

身長 \_\_\_\_\_ 体重 \_\_\_\_\_

MRI検査を安全に受けていただくために、以下の質問にお答えください。

- 体内に医療機器を埋め込み、使用していますか。 はい ・ いいえ  
 \* 「はい」の場合、検査を受けることができません。

・心臓ペースメーカー・植え込み除細動器 (ICD) ・人口内耳・神経刺激装置・骨成長刺激装置・スワ  
ンガンツカテーテルなど・心電図用データレコーダ・血糖値モニター (CGMS) ・カプセル内視鏡
- 次の手術により体内に金属が入っていますか。 はい ・ いいえ  
 \* 「はい」の場合、検査を受けることができません。

・脳動脈瘤クリップ・脳室シャントチューブ・塞栓用コイル・心臓人工弁 (金属製) ・可動性義眼
- 手術や針治療、外傷等により体内に金属が入っていますか。 はい ・ いいえ  
 \* 「はい」の場合、検査を受けられない場合があります。

・ステント・CVポート・脳刺激電極・手術クリップ・人工骨頭・人工関節・金属避妊具・手術時プ  
レート・ボルト・ワイヤー・クリップ ・おき針・磁気インプラント/強磁性体の金属片・事故・けが  
による金属破片など

3. で「はい」の場合、わかる範囲でお答えください。  
 手術はいつ頃でしたか。 ( \_\_\_\_\_ 年頃)  
 どのような手術でしたか。 ( \_\_\_\_\_ )
- 2ヶ月以内に消化管内視鏡検査を行い、何らかの処置をされていますか。 はい ・ いいえ
- 女性の方へ。現在妊娠していますかもしくは妊娠の可能性はありますか。 はい ・ いいえ
- 取り外し可能な入れ歯 (磁石を使ったもの) または歯科矯正をしていますか。 はい ・ いいえ
- 刺青 (タトゥー) ・アートメイクはありますか。 はい ・ いいえ
- 検査は長時間臥床を保ち、動かない必要がありますが、可能でしょうか。 はい ・ いいえ
- 閉所恐怖症はありますか。 はい ・ いいえ
- 下記のものは、人体に危険を及ぼす可能性がありますので、検査前に外していただきます。

補聴器 ・眼鏡 ・コンタクトレンズ ・義歯 ・かつら ・義肢 ・コルセット ・カイロ ・湿  
布 ・磁気治療器 ・携帯電話 ・電子機器 ・時計 ・財布 (小銭・磁気カード類) ・通帳 ・  
鍵 ・ライター ・ペン ・装飾品 (ヘアピン・ベルトなど) ・貴金属 (ピアス・ネックレス ・  
指輪など) ・化粧品 (アイシャドウ・マスカラなど) ・金属含む張り薬 (ニトロゲム・ニコチネル  
など)

11. 検査は、いつでも中止することができます。

12. 何かありましたら、ご記入ください。 ( \_\_\_\_\_ )

\*MRI検査は強力な磁石と電波を使用して撮影を行うため、問診結果を含め、安全に検査を行えない可能性がある場合は、検査をお断りする場合があります。

上記の内容を確認しました。

ご本人署名 \_\_\_\_\_

(本人以外の場合は本人との関係 : \_\_\_\_\_ )

説明担当医師 \_\_\_\_\_

独立行政法人地域医療機能推進機構 さいたま北部医療センター

# 造影MRI検査に関する説明及び同意書(病院控)

患者番号			予約日		
患者氏名			生年月日		年齢

## 造影MRI検査を受けられる方への説明

MRI検査では、病気によって造影剤という薬(ガドリニウム造影剤)を、静脈から注射しながら撮影することがあります。この造影MRI検査の利点は、病気の状態を、よりはっきりさせることです。造影剤を使用しないで撮影を終了することもあります。造影剤を使用しないと診断できない病気もあります。

一般の薬と同様に、造影剤にも副作用があります。従って造影剤は、必要と考えられる場合に限り使用します。また、治療が必要と思われるような副作用が現れた場合には、すぐに対処できるよう、万全の準備をしています。以下に造影剤の副作用について説明致します。

- 100人に1人位の割合で、吐き気、発疹、動悸、熱感などの一時的な症状の出ることがあります。
- 4万人に1人位の割合で、呼吸困難、血圧低下、などの治療の必要な症状が出ることがあります。
- 10万人に1人位の割合で、重篤なショックを起こすことがあり、死に至った例の報告もあります。
- 重篤な腎機能障害のある方は、ガドリニウム造影剤による腎性全身性線維症の発症が報告されています。

また、腎機能障害のある方は排泄遅延が報告されていますので、注意が必要です。

主治医にご相談下さい。

以上、造影剤の副作用の危険性を考慮しても造影検査が必要となるのは、それにより明確な画像が得られ、さらに正確な診断ができ、最良の治療方針を決定するのに役立つと判断されるからです。

年 月 日

担当医

独立行政法人 地域医療機能推進機構 さいたま北部医療センター 病院長 殿

## 造影MRI検査に同意される場合

MRI検査に際し、造影検査について説明を受けました。内容を理解しましたので、造影検査を受けることに同意します。

年 月 日

患者さんご本人、または、代理人(続柄 ) 氏名

## 造影MRI検査に同意されない場合

MRI検査に際し、造影検査について説明を受けました。造影検査を行わないと十分なMRI診断ができないことも承知しましたが、それでも造影検査の投与を受けることを希望しません。

年 月 日

患者さんご本人、または、代理人(続柄 ) 氏名

・造影検査に同意している場合でも、検査を中止することができます。

・その他 [

独立行政法人地域医療推進機構 さいたま北部医療センター