

□外来患者様 MRI検査同意書

検査当日は 食事制限はありません
 検査3時間前より食事をしないでください
(水分はとってかまいません。)

- 外来患者様は検査予約時刻の10分前までに来院して下さい。
- 検査時間は15分～40分程度です。検査時刻までにトイレを済ませておいて下さい。
- 検査室内は強い磁場になっていますので、金属類、機械類、磁気カード類、コンタクトレンズ、吸湿発熱素材衣類（ヒートテック等）などは事前に更衣室内で外していただきます。
- 予約の取り直し・変更または予約時刻に来院できない場合は早めに予約診療科にご連絡下さい。
- 救急患者様が来院された場合は、検査予約時刻が前後する場合があります。

* 検査を安全に受けていただくため以下の質問に「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでお答え下さい。

①	心臓のペースメーカー、植え込み除細動器を使用していますか？	はい	・	いいえ
	その他、体内に電子機器がありますか？			
②	カプセル内視鏡・人工中耳・人工内耳・補聴器 インシュリンポンプ・心電用データレコーダ など	はい	・	いいえ
	手術や針治療などにより体内に金属はありますか？			
③	動脈瘤クリップ・塞栓用コイル・CVポート・脳刺激電極・義眼 人工心臓弁・内視鏡クリップ・血管内ステント・消化管ステント 人工関節・おき針・金属避妊具・事故やけがによる金属破片 など	はい	・	いいえ
	③で「はい」と答えた方へ			
④	その体内金属はいつ頃のものですか？		年	月頃
	その後、MRI検査を受けたことはありますか？	はい	・	いいえ
⑤	入れ歯はありますか？	はい	・	いいえ
	⑤で「はい」と答えた方へ			
⑥	その入れ歯は「マグネット」を使用したものですか？	はい	・	いいえ
⑦	かつら（ウィッグ）は使用されていますか？	はい	・	いいえ
⑧	コンタクトレンズはありますか？	はい	・	いいえ
⑨	入れ墨・アイメイクはありますか？	はい	・	いいえ
⑩	狭いところが苦手ですか？（閉所恐怖症）	はい	・	いいえ
	女性の方への質問です。			
⑪	現在、妊娠しているもしくは妊娠の可能性はありますか？	はい	・	いいえ

MRI検査において説明を受け必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意いたします。

(署名日) 令和 年 月 日

(ご署名) _____ (本人 ・ 代理人)

独立行政法人 国立病院機構 舞鶴医療センター 放射線科
電話番号 (0773) -62-2680

造影剤を使用する検査のための説明書

(CT、MRI、尿路造影、胆道造影、血管造影)

この用紙は造影剤検査の必要性、副作用についての説明書です。検査当日までに必ずお読みになって下さい。

【造影剤について】

- ① 検査をおこなう上でより詳しい画像情報を得るために用いる検査用薬剤です。
- ② 通常静脈注射で行います。

【造影剤の副作用について】

- ① 軽い副作用：嘔気、嘔吐、かゆみ、発疹などで頻度は3%程度（MRIは1%程）
- ② 重い副作用：呼吸困難、血圧低下、意識障害などで頻度は0.005%程度（通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります）
- ③ 他の薬剤と同様に症状、体質によっては、死亡例の報告があります。（40万例に1件で0.00025%との報告があります）
- ④ 副作用は、造影剤を使用した直後から症状が出る場合が大半ですが、1時間～1週間ほど経過してから症状が出てくる場合もあります。（異常が出たときは、速やかに担当科、夜間は救急外来へご連絡下さい。）
- ⑤ 万一副作用が現れた場合、最善の処置を施しますので気分不良や違和感などありましたら遠慮せず検査担当者に申し出てください。
- ⑥ 検査内容に承諾し同意書を提出された後、当日の体調などで検査を受けられない場合は、主治医または診療放射線技師にご相談ください。

【造影検査後の注意】

- ① 造影検査後は、水、お茶などの水分をいつもより多めに飲んでください。ただし、水分制限のある方は、医師の指示どおりにしてください。

【その他の注意】

- ① 糖尿病のお薬（メトグルコ・メタクト・モトホルミン・ジベトス・グリコラン・メルビン・ネルビス・メデット・メトリオンなど）を飲んでおられる方は、検査前後2日間（検査日を含めて5日間）糖尿病薬を服用しないでください。（CT造影検査、尿路造影検査等のヨード造影剤使用時）
- ② 造影剤は母乳介して乳児に移行しますので、造影剤注射後48時間の授乳は控えてください。この造影検査説明書で解らないことや質問などありましたら担当医、診療放射線技師、看護師にご質問、ご相談ください。

造影剤を使用する検査のための問診票および同意書

この用紙は必要事項記入後、検査日までに提出してください

◎検査を安全に実施するために該当する項目□にし点を入れてください。

①「造影剤を使用する検査のための説明書」をお読みにになりましたか？

- はい
 いいえ→お読み下さい。

② 今までに造影剤を用いて検査を受けたことがありますか？

- なし
 あり： CT MRI 血管造影 腎盂造影
胆道造影 子宮卵管造影 その他（ ）

③ ②で検査を受けたとき、副作用はありましたか？

- ない
 あり： かゆみ 吐き気 くしゃみ 嘔吐 発疹
ショック状態 その他（ ）

④ 下記の病気と医師に言われたことがありますか？

- なし
 あり： 腎臓（腎機能）が悪い 気管支ぜんそく 甲状腺機能亢進症
腎性全身繊維症 ヘモクロマトーシス（SPIO使用時）
心臓病 肝臓病 多発性骨髄腫 褐色性細胞腫

⑤ 下記のアレルギー性の病気がありますか？

- なし
 あり： お薬・食べ物のアレルギー（ ）
花粉症 アトピー じんま疹 その他（ ）

⑥ 両親、兄弟にじんま疹、気管支喘息などアレルギー体質の方はおられますか？

- なし
 あり（ ）

⑦ 現在、糖尿病のお薬を飲んでいますか？

- いいえ
 はい（薬のなまえ： ）

飲んでおられる薬の名前がわからない場合はその薬を当日ご持参ください。

同 意 書

造影検査、造影剤の副作用を十分に理解した上で検査を受けることに同意します。

（署名日） 令和 年 月 日

（ご署名） _____ （本人 ・ 代理人）

独立行政法人 国立病院機構 舞鶴医療センター 放射線科
電話番号 (0773) -62-2680