

MRI検査(単純・造影)問診票

安全に検査を受けていただくために、以下の質問について正確にご記入頂きますようお願いいたします。
(該当するものにチェック☑をするか、具体的に()の中へご記入下さい。)

1. 次の金属の植え込みがありますか？ : **検査を受けることが出来ません。**

心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器・人工内耳・神経刺激装置・
骨成長刺激装置・インスリン注入ポンプ

☐ はい

☐ いいえ

2. 次の金属の植え込みや使用がありますか？ : **検査を受けられないことがあります。**

義眼・ステント・脳動脈クリップ・心臓機械弁・血管グラフト・静脈フィルター・人工関節・
内視鏡クリップ・刺青・尿バルーンカテーテルのマグネットキャップ
その他()

☐ はい

☐ いいえ

いつ頃入れましたか？……………(年 前 ・ ヶ月 前 ・ 日 前)

3. 狭いところに入って気分が悪くなったことがありますか？

☐ はい

☐ いいえ

4. **女性**の方だけお答え下さい。

現在、妊娠中またはその可能性がありますか？

☐ はい

☐ いいえ

☐ 不明

5. 現在の体重を記入して下さい。……………(kg)

☆造影検査の方は下記の質問にもお答え下さい。

6. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？(全ての造影検査)

☐ はい

☐ いいえ

造影検査を受けた方にお尋ねします。

7. その検査時に副作用と見られる症状はありましたか？(全ての造影検査)

☐ はい

☐ いいえ

8. 腎臓の機能に障害はありますか？(全ての造影検査)

☐ はい

☐ いいえ

9. ぜんそく、アレルギー性の病気、体質などがありますか？(全ての造影検査)

☐ はい

☐ いいえ

記入日：(西暦) 年 月 日

患者氏名または代理人(続柄)： ()

確認者	放射線	
-----	-----	--

検査名：MRI検査（単純・造影）

この同意書は、あなたに説明された重要な医学的情報を文書として確認する為に作成されています。あなたが、十分な情報が提供されたのちに、提案された手術や手技、検査に同意するか、または留保することができることを目的としています。

1) 患者様の状態

通常のMRI検査のみで確定診断や治療方針の決定が困難であり、造影剤を用いたMRI検査を必要とします。

2) 提案される治療または処置

- ・ MRI装置を使用した画像診断検査。検査の間、安静にしていいただく必要があります。
- ・ 腕（ごく稀に足）の静脈からガドリニウム造影剤の投与を行ない、MRI撮影を実施します。

3) 潜在的な利点と欠点

- 利点： 目的の部位や血管を画像上、より明瞭に描出し、詳しく診断することができます。
特に脳、脊椎、関節、軟部組織などにおいてCTより優れた診断能を有します。
少量(4～20mL)の造影剤を使用し、目的とする部位の血行の状態が分かります。
- 欠点： ・ 動きの影響に弱く、安静にできない方の場合、正しく診断できない可能性があります。
・ CTと比較して検査時間が長いです。
（1検査あたり20～30分程度。造影検査の場合は、更に延長。）
・ 体内に電子機器や金属物がある方は検査できない場合があります。（担当医と要相談）
・ 副作用が発生する場合があります。頻度は副作用全体で約3%、重症例が2.5千人に1人(0.04%)、極めて重篤な症例が2.5万人に1人(0.004%)、死亡例は40万人に1人(0.00025%)程度です。
・ 造影剤が血管外に漏れた場合、腫れたり痛みを伴う場合があります。
場合によって処置が必要です。

4) 可能な代替案

CT検査、超音波検査、核医学検査、PET/CT検査、内視鏡検査などで代替可能な場合があります。

5) 成功率

99%以上

6) 回復に関連して考えられる問題

- ・ MRI装置から騒音がするため、一過性の難聴になる場合があります。（耳栓を着用して検査をします。）
- ・ 造影剤投与後、24時間経過すると造影剤全量が尿中に排泄されます。（腎機能が正常な場合）

7) 検査をしなかった場合に考えられる結果

病気の正確な診断を行なう事ができず、病気の発見が遅れたり、また治療方針の決定が困難となる可能性があります。
場合によっては生命予後に影響を及ぼす恐れもあります。

8) 同意書の撤回について

一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回されても不利な扱いを受けたりすることはありません。
（※匿名ですが学会発表などで治療経過などのデータを使用することがあります。）

9) その他

- ・ 強力な磁力が作用するため、取り外し可能な金属物や電子機器を全て外した状態で検査を行います。
- ・ 以前、造影剤による過敏反応があった方はステロイド前処置が有効な場合があります。
担当医へご相談下さい。

使用した資料: ☐ 同意書添付説明書 ☐ パンフレット ☐ その他()

説明医師: 年 月 日 : 説明日時:

同席職員:

上記内容の説明を受け、かつ造影検査説明文を理解した上で検査を受けることに同意します。
又、以下のことを認め同意します。
私は自らの意志で上記の検査や手技の施行を、私の検査・手技担当医師やその介助をする
病院職員、その他訓練を受けた職員に許可します。

患者氏名: 年 月 日 : 説明日時:

代筆の場合:代筆者氏名 (続柄)

**☆以下に該当される方は検査を受けることができない可能性があります。
あらかじめお知らせください。**

- ① 電気電子機器の挿入(ペースメーカー、除細動器、神経刺激装置、注入ポンプ、人工内耳など)
- ② 体内で移動の可能性がある金属の挿入(ステント・フィルター挿入後8週間以内、眼内金属など)
- ③ 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方は担当医とご相談ください。

**☆次に挙げるものは故障ややけど、また画像への影響を及ぼすことが
ありますので検査室へ入る前の取り外しをお願いします。**

- ① 金属類…補聴器, 義歯, メガネ, ヘアピン, 時計, アクセサリー, 鍵など
- ② 磁気カード…クレジットカード, キャッシュカード, 診察券など
- ③ その他…カラーコンタクトレンズ, 金属付下着(ブラジャーなど), エレキバン,
カイロ, 各種貼付薬(シップ・ニトロダームなど), 筋力トレーニング用ウェイト,
金属入りマスク, UVケア用品, ネイルケア用品など

検査名：MRI検査（単純・造影）

この同意書は、あなたに説明された重要な医学的情報を文書として確認する為に作成されています。あなたが、十分な情報が提供されたのちに、提案された手術や手技、検査に同意するか、または留保することができることを目的としています。

1) 患者様の状態

通常のMRI検査のみで確定診断や治療方針の決定が困難であり、造影剤を用いたMRI検査を必要とします。

2) 提案される治療または処置

- ・ MRI装置を使用した画像診断検査。検査の間、安静にしていいただく必要があります。
- ・ 腕（ごく稀に足）の静脈からガドリニウム造影剤の投与を行ない、MRI撮影を実施します。

3) 潜在的な利点と欠点

- 利点： 目的の部位や血管を画像上、より明瞭に描出し、詳しく診断することができます。
特に脳、脊椎、関節、軟部組織などにおいてCTより優れた診断能を有します。
少量(4～20mL)の造影剤を使用し、目的とする部位の血行の状態が分かります。
- 欠点： ・ 動きの影響に弱く、安静にできない方の場合、正しく診断できない可能性があります。
・ CTと比較して検査時間が長いです。
（1検査あたり20～30分程度。造影検査の場合は、更に延長。）
・ 体内に電子機器や金属物がある方は検査できない場合があります。（担当医と要相談）
・ 副作用が発生する場合があります。頻度は副作用全体で約3%、重症例が2.5千人に1人(0.04%)、極めて重篤な症例が2.5万人に1人(0.004%)、死亡例は40万人に1人(0.00025%)程度です。
・ 造影剤が血管外に漏れた場合、腫れたり痛みを伴う場合があります。
場合によって処置が必要です。

4) 可能な代替案

CT検査、超音波検査、核医学検査、PET/CT検査、内視鏡検査などで代替可能な場合があります。

5) 成功率

99%以上

6) 回復に関連して考えられる問題

- ・ MRI装置から騒音がするため、一過性の難聴になる場合があります。（耳栓を着用して検査をします。）
- ・ 造影剤投与後、24時間経過すると造影剤全量が尿中に排泄されます。（腎機能が正常な場合）

7) 検査をしなかった場合に考えられる結果

病気の正確な診断を行なう事ができず、病気の発見が遅れたり、また治療方針の決定が困難となる可能性があります。
場合によっては生命予後に影響を及ぼす恐れもあります。

8) 同意書の撤回について

一旦同意された後でもいつでも撤回することができます。同意を撤回されても不利な扱いを受けたりすることはありません。
（※匿名ですが学会発表などで治療経過などのデータを使用することがあります。）

9) その他

- ・ 強力な磁力が作用するため、取り外し可能な金属物や電子機器を全て外した状態で検査を行います。
- ・ 以前、造影剤による過敏反応があった方はステロイド前処置が有効な場合があります。
担当医へご相談下さい。

使用した資料: ☐ 同意書添付説明書 ☐ パンフレット ☐ その他()

説明医師: 年 月 日 説明日時: 年 月 日 :

同席職員:

上記内容の説明を受け、かつ造影検査説明文を理解した上で検査を受けることに同意します。
又、以下のことを認め同意します。
私は自らの意志で上記の検査や手技の施行を、私の検査・手技担当医師やその介助をする
病院職員、その他訓練を受けた職員に許可します。

患者氏名: 説明日時: 年 月 日 :

代筆の場合:代筆者氏名 (続柄)

**☆以下に該当される方は検査を受けることができない可能性があります。
あらかじめお知らせください。**

- ① 電気電子機器の挿入(ペースメーカー、除細動器、神経刺激装置、注入ポンプ、人工内耳など)
- ② 体内で移動の可能性がある金属の挿入(ステント・フィルター挿入後8週間以内、眼内金属など)
- ③ 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方は担当医とご相談ください。

**☆次に挙げるものは故障ややけど、また画像への影響を及ぼすことが
ありますので検査室へ入る前の取り外しをお願いします。**

- ① 金属類…補聴器, 義歯, メガネ, ヘアピン, 時計, アクセサリー, 鍵など
- ② 磁気カード…クレジットカード, キャッシュカード, 診察券など
- ③ その他…カラーコンタクトレンズ, 金属付下着(ブラジャーなど), エレキバン,
カイロ, 各種貼付薬(シップ・ニトロダームなど), 筋力トレーニング用ウェイト,
金属入りマスク, UVケア用品, ネイルケア用品など