

CT・MRI・RI検査予約申込用紙

送信先:新潟医療生活協同組合 木戸病院 地域医療連携室

TEL:025-256-6700 FAX:025-256-6710

紹介元医療機関:

医師名: _____ 先生

TEL: _____ FAX _____

フリガナ				明・大・昭・平・令
患者氏名		男・女	生年月日	年 月 生 ()
住 所	〒 _____			TEL _____

希望検査 CT MRI RI

検査部位、内容など (_____)

造影剤使用(CT/MRIの場合) する しない

読影希望 あり なし

データ希望 要(CD ・ フィルム) 不要

その他 交通事故 ・ 労災 ・ 医療保険

予約希望日 年 月 日 ()

※予約調整を行いますが、ご希望通りにお取りできない場合もあります。予めご了承下さい。

検査目的	
------	--

MRI 造影検査と副作用に関する説明書

1. 造影検査の目的

今回実施する検査において、MRI の造影剤を注射する場合があります。造影剤を投与する事によって各臓器の病気をより明確に描出し、それぞれの検査においてさらに有用な情報が得られます。腎機能が正常な場合には、造影剤は約 24 時間以内に、尿として体外に排泄されます。

2. 造影検査を受けられない方

アレルギー体質の方、中でも喘息の方は造影剤による副作用が発生しやすいといわれ、注意が必要です。

次に該当される方は、担当医にお知らせ下さい。

- 1) 以前、造影剤で副作用が出た、具合が悪くなった方
- 2) ご本人または血縁者に喘息やアレルギーがある方
- 3) 腎臓の病気がある方

3. 造影剤による副作用

副作用の発現は、検査中や検査直後に発生する即時性副作用が多く、軽症なものから重篤な副作用の発現の頻度は 1.2%程度です。

1) 即時性副作用の症状

注射局所の反応：注射部位から中枢にかけた皮膚発赤・膨疹・疼痛・搔痒感

全身反応：しびれ感・熱感・頭痛・眩暈・耳鳴り・不安感・頻脈・血圧低下・不快感・

口内や咽頭部異常感・口渇・咳嗽・喘鳴・腹部蠕動・発汗・悪寒・発疹

また、稀に（1.9 万人に 1 人程度の頻度）で重い副作用（呼吸障害、意識障害、ショック、腎不全など）が発生し、さらに死亡例は約 83 万人に 1 人の割合で発生すると報告されています。

2) 遅発性副作用

稀に、検査終了後数時間から数日後に倦怠感、頭痛、蕁麻疹などが発生することがあります。

重篤な腎障害がある場合には、体内に蓄積し皮膚の肥厚硬化や関節の動きに制限が生じる事があります。

4. 緊急時の対応

1) 即時性副作用

検査中は医療スタッフが常に観察しています。副作用が生じた場合には、できる限り速やかな対処を行ない、必要に応じて医師が速やかにかけつけ治療します。

2) 遅延性副作用

数時間から数日後に異常を認めたら、すぐに受診している診療科に、休日・夜間の場合には救急外来にご連絡下さい。その際には、いつ、どのような検査で造影剤の注射を受けたか忘れずにお話し下さい。

MRI 検査 事前問診票

お名前 _____ (才) 男・女 _____ 入院・外来 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg 記入日：平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
(代筆者氏名 _____)

MRI 検査は、強い磁石と電磁波を使用して検査を行います。
安全に検査を行うため、下記の項目についてお答えください。(必ずご記入ください。)

1. MRI 検査を受けたことがありますか？ (いいえ・はい・わからない)
検査部位 (_____)
2. MRI 用の造影剤を使用したことがありますか？ (いいえ・はい・わからない)
3. 造影剤を使用した際、気分が悪くなったり、皮膚が赤くなったことがありますか？
(いいえ・はい・わからない)
4. 狭い所に入ると気分が悪くなることがありますか？ (いいえ・はい・わからない)
5. 手術をしたことがありますか？ (いいえ・はい)
どのような手術ですか？ (_____)
6. 心臓ペースメーカー、埋込式除細動器を使用していますか？ (いいえ・はい)
7. 補聴器、人工内耳、義眼、コンタクトレンズを使用していますか？
(いいえ・はい)
8. ①入れ歯、又は②磁石式入れ歯 は使用していますか？ (いいえ・はい (①・②))
“②磁石式入れ歯”の場合、材質・脱着が可・不可かを必ずご記入ください (_____)
9. インプラントの装着、歯の矯正はしていますか？ (いいえ・はい)
“はい”の場合、材質を必ずご記入ください (_____)
10. 刺青、永久アイラインが入っていますか？ (いいえ・はい)
11. (女性のみ) 現在妊娠の可能性はありますか？ (いいえ・はい・わからない)
12. (女性のみ) 授乳中ですか？ (いいえ・はい)
13. その他、お気づきのことがありましたら、ご記入ください。

※この用紙は、個人情報保護法に基づき MRI 検査の安全確認のため以外には使用いたしません。

MRI 検査および造影剤使用検査に伴う問診と説明・同意書

MRI 検査は、磁場の中で体内の水素原子の核磁気共鳴現象を測定し、コンピューター解析し体内の構造を画像化する検査です。

体内にペースメーカーなどの金属や電子機器が入っている方は、検査ができません。また、危険ですので検査室内には金属製品や電子機器を持ち込まないでください。さらに、疾患の詳細な診断のために造影剤を使用した検査が必要な場合があります。

造影剤の使用に当たっては、薬剤、特に造影剤使用によるアレルギーの問診を行い慎重に投与いたしますが、稀に即時性副作用や遅延性副作用が生じることがあります。

副作用が発生した場合には、できる限り速やかな対処、治療を行います。重篤な状態にいたる場合もあります。詳しくは説明書をご参照下さい。

MRI 検査前の問診です。

- ・ 体内に金属や電子機器が入っていますか？ はい いいえ
- ・ 閉所恐怖症ですか？ はい いいえ
- ・ この検査を受けたことがありますか？ 初回 2回目 3回以上

MRI 造影検査前の問診です。

- ・ 以前の造影剤検査で皮膚、血圧、呼吸など異常がありましたか？ いいえ はい
- ・ ご自身や血縁者に喘息やアレルギーの方はいらっしゃいますか？ いいえ はい
- ・ 腎臓の病気がありますか？ いいえ はい (病名：)

実施予定日 令和 年 月 日

説明日 令和 年 月 日 医師氏名 _____ 印

新潟医療生活協同組合 木戸病院長 殿

私は、MRI 検査および造影剤使用検査の必要性と、造影剤による副作用について医師より説明を受け、内容について十分に理解しましたので検査を受けることに同意いたします。

令和 年 月 日

患者本人氏名 _____ 印

代諾者氏名 _____ 印 続柄 ()

同席者氏名 _____ 印 続柄 ()

直筆の署名がある場合、印鑑は不要です。

MRI 検査を受けられる方へ

安全に検査を受け正確な結果を出すため、以下の注意を必ず守ってください。

MRI 室内には、非常に強い磁力と電波が発生しています。 下記のことを室内に持ち込んだ場合、使用できなくなったり、装置の故障を招いたりすることがありますので、脱衣室内のロッカーに入れていただきます。

また、化粧品の中には金属のふくむものがあります。化粧はあらかじめ落としておいてください。

*体の中に金属が入っている方、入れ墨をされている方は、発熱によるやけどの可能性があるので、検査を受けられない場合があります。

*検査中は、装置による電波の発信のため、非常に大きな音がします。

心配はありませんが、騒音が苦手な方は耳栓をご用意ください。

若干ではありますが、音が軽減されます。

検査室に入れてはいけないもの

金属類	ヘアピン、安全ピン、ネックレス、メガネ、指輪、入れ歯 イヤリング、ピアス、財布、使い捨てカイロ、かつら、 金属のついた下着、その他金属製と思われるもの
磁気カード類	キャッシュカード、クレジットカード、テレホンカード、 診察券など
その他	時計、携帯電話、電子手帳、補聴器、コンタクトレンズ、 マニキュア など