

# M R I 検査申込書

検査実施日 年 月 日 A.M.・P.M. 時 分

ID No.		科	
ふりがな 氏名			
生年月日	M/T/S/H 年 月 日	性別	男・女
依頼医療 機関名			
検査予約日	年 月 日( ) : ~		

依頼医師	技 師	M R I No

ペースメーカー・動脈瘤クリップ(磁性体金属)装着者は入室禁止です。

臨床情報及び連絡事項(依頼目的を詳細に記入してください。)

---



---



---



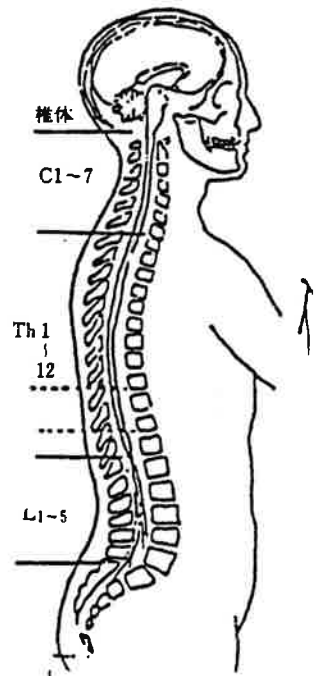
---



---

読影依頼(あり・なし) 前回のCT(あり・なし) No.( ) HB(+・-)HC(+・-)MRSA(+・-)  
 媒体(CD-R・フィルム) ヨードアレルギー(+・-)

撮 影 部 位	
頭 部	脳 脳MRA 下垂体 眼窩 副鼻腔 内耳 顎関節 脳ルチーン
頸 部	甲状腺 咽頭 喉頭 頸部MRA
胸 部	肺野 縦隔 心臓 乳房 胸部大動脈
腹 部	肝臓 胆嚢 膵臓 脾臓 腎臓 腹部大動脈
骨盤部	子宮 卵巣 膀胱 前立腺 股関節
脊 椎	頸椎 胸椎(第 番) 腰椎 仙椎
	ルーチン(頸・胸・腰椎 胸・腰椎移行部(第 番)) 側弯( ~ ) 全脊椎
上 肢	肩関節 その他( )
下 肢	膝関節 その他( )
単純	単純+造影 造影のみ ダイナミック
横断面(T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> )	矢状面(T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> ) 冠状面(T <sub>1</sub> , T <sub>2</sub> )



# 名城病院 MRI 造影検査 問診・説明・同意書

患者氏名 様 造影検査予定日:

同席者 続柄

病名または病状( )

造影剤問診項目 該当項目を囲んで下さい。

- 造影剤使用経験 1. なし 2. あり:CT・MRI・血管造影・その他( )
- 造影剤副作用歴 1. なし 2. あり:吐気嘔吐・じんま疹・血圧低下・その他( )
- 喘息歴 1. なし 2. あり:現在治療中・現在治癒している
- アレルギー歴 1. なし 2. あり:アトピー・アレルギー性鼻炎・食べ物・薬・その他( )
- 甲状腺の病気 1. なし 2. あり(病名 )
- 腎臓病 1. なし 2. あり(病名 ) 透析をしている 透析をしていない
- 妊娠の可能性(女性のみ) 1. なし 2. あり

---

## 造影剤を用いる MRI 検査を受けられる方へ

### 1. 造影 MRI 検査とは

今回実施する MRI 検査はガドリニウムという重金属製剤などを血管内に注射して行う予定です。造影剤を用い、血流の状態を見ながら検査することにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、今後の治療に役立てます。造影剤を使用しなくても、検査はできますが、より正確な診断を行うためには造影剤が必要です。

### 2. 造影剤を使用しない場合

同意いただけない場合でも造影剤を用いないで、可能な限り検査は施行いたしますが、正確な診断が困難な場合があります。また同意いただいている場合でも病気の性質、その他の医学的な理由のため、造影剤を用いない場合があることをご了承ください。

### 3. 造影剤の副作用などについて

造影剤は、副作用の少ないものが開発され安全な薬ですが、副作用が起こることがあります。下記既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強くなる場合もあり造影検査を行わないことがありますので、必ず問診票の記入をお願いします。

- ・ 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方
- ・ 花粉症や食物などのアレルギー歴のある方
- ・ 他の薬剤過敏症やじん麻疹などのアレルギー歴のある方
- ・ 重い腎臓病や気管支喘息のある方

## 副作用の具体的例

- 1) 造影剤を勢いよく注入するために血管外に漏れることがあります。漏れた部位が腫れて痛みが持続することもあります。通常は自然に吸収されてくるので心配ありません。漏れた量が非常に多い場合は、別の処置が必要になることもあります。
- 2) 軽い副作用：吐き気、かゆみ、発疹などで基本的には治療を必要とはしません。  
このような副作用の起こる確率は約 1～2%です。
- 3) 重い副作用：呼吸困難、血圧低下、意識障害、腎性全身性線維症などです。  
このような副作用は治療が必要で、入院や手術が必要なこともあります。重い副作用の起こる確率は、約 0.05%です。
- 4) 非常にまれですが、様々な処置を行っても病状・体質によっては約 100 万人に 1 人の確率で、死亡する場合があります。
- 5) 検査終了後、30 分から数日後に頭痛、発疹、かゆみ、吐き気などの症状が現れることが数%の確率で起こる場合があります。このような症状は、ほとんど一時的なものなのですが、症状が現れた場合、ご心配があれば下記までご連絡下さい。又は次回受診の際に医師に、お知らせ下さい。

4. 造影 MRI 検査を受けるにあたって検査前のお食事は控えてください。水分については、透析中等で制限がある方をのぞき、多めにお摂り下さい(アルコール、牛乳などの乳製品は除く)。服用中のお薬は、糖尿病薬などを除き、特に指示のない限り、通常通り服用して下さい。

5. 検査終了後、食事は普通にお摂り下さい。普段通りの生活を送って下さい。造影剤は、尿として排泄されますので、排泄を促進させるために水分を多めにお摂り下さい。なお、授乳中の方は、検査後 24 時間は授乳を控えてください。

上記患者に対して、造影検査について、その必要性と内容、起こりえる危険性、後遺症、合併症などについて説明しました。

説明日：平成 年 月 日

説明医師署名： 科

私は、MRI 検査における造影剤使用について、担当医より十分な説明を受けました。  
造影剤の投与を受けることに  同意いたします。  同意出来ません。

平成 年 月 日

患者氏名(署名) \_\_\_\_\_

保護者または代理人氏名(署名) \_\_\_\_\_

患者との続柄：( )

同意書の複写ならびに説明資料を受領しました。

患者または保護者または代理人氏名(署名) \_\_\_\_\_

※当院では、造影検査中に、何か異常が現れた場合にはすぐに造影を中止し、医師が適切な対処をいたします。もし、異常だと感じたら、ためらわずに、すぐに申し出てください。また帰宅後に異常が生じましたら、名城病院まで連絡して下さい。

国家公務員共済組合連合会 名城病院

〒460-0001 名古屋市中区三の丸 1-3-1 TEL 052-201-5311