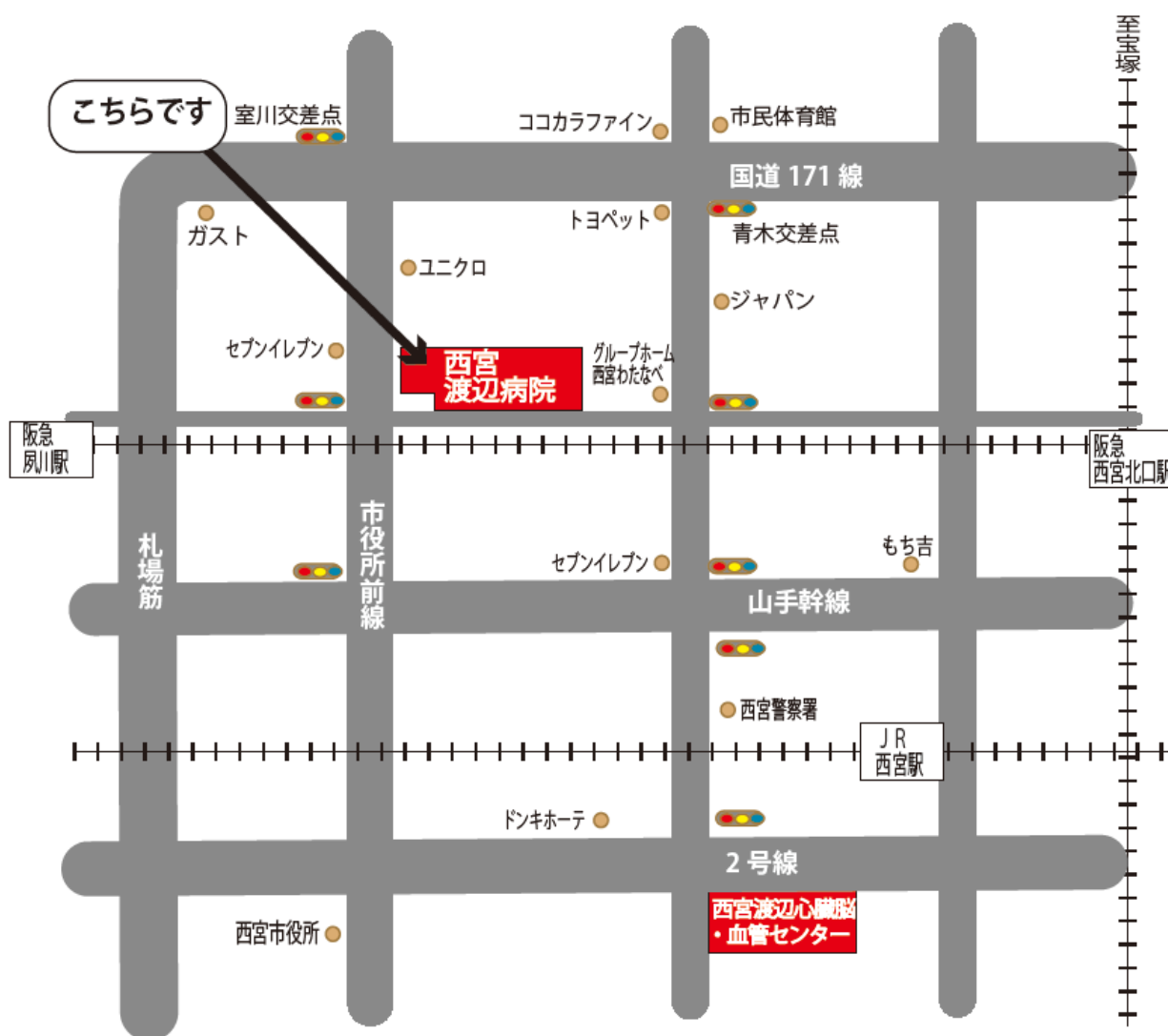


様

検査の30分前には放射線科の受付をお済ませ下さい。



- JR西宮駅から徒歩15分
- 阪急西宮北口駅から徒歩20分
- 阪急夙川駅から徒歩21分

社会医療法人渡邊高記念会 **西宮渡辺病院**
 西宮市室川町10-22
 TEL 0798 (74) 2630 FAX 0798 (74) 0199

I D : _____
カナ氏名: _____
患者氏名: _____
生年月日: _____

造影MRI 検査問診票

身長 _____ cm 体重 _____ kg

造影剤を用いたMRI 検査を安全に受けて頂くために、以下の質問にお答え下さい。

1. これまでにMRI検査を受けたことがありますか？

() いいえ () はい

2. これまでに手術を受けたことがありますか？

() いいえ () はい → どのような手術ですか？ ()

3. ペースメーカー・ICD（植込み型除細動器）・CRT-D（両室ペーシング機能付き植込み型除細動器）
CRT-P（心臓・再同期ペースメーカー）を植え込んでいますか？

() いいえ () はい (ペースメーカー・ICD・CRT-D・CRT-P)

4. 体内に金属がはいっていますか？該当するもの全てにチェックをつけて下さい。

() いいえ () はい

- ☐ 人工心臓弁 ☐ 人工関節・骨頭 ☐ 人工内耳 ☐ 歯科治療装具（インプラント・義歯など）
☐ 義眼 ☐ スtent（大動脈・冠動脈）動脈瘤クリップ ☐ 内視鏡止血術後のクリップ
☐ その他の体内金属異物（どのような： _____）

上記項目に該当する方へ、MRI対応金属ですか。（はい いいえ）

分からない方は、手術を受けた病院・主治医にMRI検査を受けても良いかご確認下さい。

5. 狭いところが苦手（閉所恐怖症）ですか？

() いいえ () はい

6. 次の病気にかかったことがありますか？該当する病気全てに○をつけて下さい。

() いいえ () はい 緑内障・心筋梗塞・狭心症・前立腺肥大・糖尿病・腎臓病

7. これまでに造影剤（注射）を使った検査を受けたことがありますか？

該当する検査全てに○をつけて下さい。

() いいえ () はい CT検査・MRI検査・カテーテル等の血管造影検査・尿路造影・
その他 ()

8. 7. で「はい」とお答えになった方のみお答え下さい。造影剤を使った検査の時、帰宅後を含めて
何か異常はありましたか？該当するものに全て○をつけて下さい。

() いいえ () はい CT検査・MRI検査・ () 検査で異常があった
かゆみ・じんましん・吐き気・息苦しさ・その他 ()

9. アレルギー性の病気にかかったことや、アレルギー体質と言われたことがありますか？

該当するものに全て○をつけて下さい。

() いいえ () はい 喘息（治療中・治療していない・過去に症状があったが () 年間
発作なし）・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・花粉症・
薬や食物アレルギー・その他 ()

10. 女性の方へ 現在、授乳中、妊娠しているまたはその可能性がありますか？または不妊治療中でしよ

() いいえ () はい (授乳中・妊娠中・妊娠の可能性あり)

依頼医記入欄（以下項目をご確認下さい）

- ☐ 全ての体内金属・機器について起こりうる危険を説明し承諾を得て、MRI可能であることを確認した。
☐ 腎機能について確認した。 クレアチニン _____ mg/dl、eGFR _____ mL/min/1.73m2、
採血日 ()

eGFR < 60 で使用造影剤の変更が必要となる場合があり、eGFR < 30 では原則としてガドリニウム製剤では造影できません。

- ☐ 造影剤の副作用歴について確認した。

年 月 日

患者の署名

確認医師

I D : _____
カナ氏名: _____
患者氏名: _____
生年月日: _____

造影MRI 検査問診票

【同意書への署名ができない事由】

- ☐ 検査に対する説明を口頭で行い、同意の取得はできたが、自筆での署名ができないため、後日同意書への署名する予定。
- ☐ 【氏名 _____ 続柄 _____】に対して電話で説明し同意を得たが、直ちに来院することができないため、来院時に同意書への署名する予定。
- ☐ 意識レベルの低下により説明に対する同意が得られないが、救命のための検査や処置が必要であるとの医師の判断において同意書への自筆の署名がなくとも検査や処置を実施する。

いずれも詳細は診療録参照。

医師署名 _____

I D : _____
カナ氏名: _____
患者氏名 _____
生年月日 _____

造影MRIに関する説明書

検査・手術・治療を受けられる前に、必要性、方法、効果、危険度や合併症について説明し内容を理解され、受けることを了承された場合は、同意書に証明をお願いします。
わかりにくい場合は、その都度遠慮なくお尋ねください。

説 明 日 時 : _____
説 明 場 所 : _____ 西宮渡辺病院
説 明 を 受 け た 人 : ☐ 患者本人 ・ ☐ その他 (_____)
主 に 説 明 を 行 っ た : _____
者
病 院 側 同 席 者 : _____

1.病名、病状について

2.検査・手術・治療の名称・対象となる部位（検査予定日、予定時間） 造影MRI検査

3.検査・手術・治療の目的、必要性 造影剤を使わない場合と比べ、診断のために重要な情報をMRIから新たに得ることができます。

4.検査・手術・治療の方法 造影剤とはMRI検査において血流の豊富な部分を高信号（白く表現）にして情報量を増やすための検査薬で静脈内に投与されます。MRIでは、ガドリニウム造影剤という種類が用いられ、腎機能が正常であれば、投与 4 時間で 75%が排泄されます。 ・造影剤を使用する目的 注射された造影剤は、血液の流れによって全身の血管や臓器に分布し、これにより、血管の様子、臓器の血流、病変の性質などが分かりやすくなります。

5.検査の有益性、手術・治療の経過・効果・成功率 造影剤を使わない場合と比べ、診断のために重要な情報をMRIから新たに得ることができます。

6.予測される合併症とその頻度、合併症に対する処置

全ての方に安全な薬剤は残念ながらなく、造影剤も一定の頻度で副作用が生じ、完全に予測することもできません。しかし、副作用が生じる可能性が高い病気や体質がないか、造影剤の影響を受けやすい病気がないか、前もって確認することで、安全性を高めることができますので、問診票の質問にお答えください。アレルギー体質の方は副作用が現れる可能性が約2倍高いと言われます。また、気管支喘息の方には原則的に造影剤は投与出来ません。

- 軽度の副作用：吐き気や嘔吐、動悸、頭痛、かゆみ、じんま疹、くしゃみなどが1 % (100人に1人程度) みられますが、これらは治療の必要が無いが、1～2回の投薬や注射で回復するものです。
- 重い副作用：血圧低下や意識障害、喘息発作・呼吸困難など、特別な救命処置や入院が必要な副作用が、ごくまれに0.0025～0.0052% (2.6万人に1人程度) 現れます。場合によっては後遺症が残る場合があります。
- 病状や体質によっては、非常にまれではありますが、0.00012% (83万人に1人程度) で死に至った報告もあります。
- 副作用の起こる時期：通常は造影剤投与後60分以内に現れるもので「即時型副作用」と呼ばれます。
- 腎機能が高度に低下されている方に投与された場合、造影剤投与後数日から数ヶ月後に腎性全身性線維症（NSF）とよばれる副作用が現れ、死に至ることがあるという報告があります。
- 造影検査中は、放射線科医と放射線技師、看護師が常に観察しており、何らかの異常が現れた場合は直ちに造影を中止して、必要な最善の対処を致します。また検査終了後も特に異常がないか確認させていただきます。
- まれにですが、造影剤を注入した時に血管外に漏れ、注入部位が痛みを伴って腫れたり、青く変色したりすることがあります。
- 検査後は、特に制限いただく事はありませんが、造影剤の排泄をうながすため、水分をおとりください。
- 止血用テープは、皮膚のかぶれなど生じる可能性がありますので、30分～1時間で外すようにしてください。

7.実施に伴う危険度、死亡率

血圧低下や意識障害、喘息発作・呼吸困難など、特別な救命処置や入院が必要な副作用が、ごくまれに0.0025～0.0052% (2.6万人に1人程度) 現れます。場合によっては後遺症が残る場合があります。

- 病状や体質によっては、非常にまれではありますが、0.00012% (83万人に1人程度) で死に至った報告もあります

8.代替手段の有無・内容と比較

基本的に造影剤は、使用して初めて診断出来る場合に適用されますが、病気によっては造影剤を用いないMRIを使用しても診断が可能な場合があります。造影剤の要否は病状や既往歴などと合わせて、総合的に判断されます。

CTが代用となる可能性がありますが、造影剤を用いたMRI検査をすべて代替することはできません。

9.他の方法の選択の自由、セカンドオピニオンについて

この、検査・治療を受けるか受けないかは、ご自身の自由な意思で決めることができます。主治医やご家族等の信頼している方に相談されるなどして、よくお考えの上、ご自分の意思で決めてください。他院の医師の意見を聞く機会をもつこと（セカンドオピニオンといいます）も可能ですので、その際はお申し出ください。

この検査・治療を受けるか受けないかを、ご自身で決定できない場合、ご家族等の信頼できる人に委ねることもできます。その場合、主治医やご家族等で十分に話し合い、あなたにとって最善の方針をとっていきます。

10.同意書の撤回の自由、追加説明可能であることについて

検査・手術・治療に同意をされた後でも、希望にそぐわない場合は、取り消すことができます。同意を取り消された場合でも、当院の対応において患者様が不利益を被ることはありません。一度説明を聞いても疑問点や不明点、納得できない場合は、担当医師あるいは医療従事者にお尋ねください。

11.その他

別紙説明書類（イラストなど）がある場合は参照下さい。

I D : _____
カナ氏名: _____
患者氏名 _____
生年月日 _____

造影MRIに関する同意書

西宮渡辺病院 院長 殿

私は説明文書に則って、説明を受け、内容を理解しましたので、同検査・治療を受けることに同意します。なお、検査実施中に緊急の処置を行う必要性が生じた場合には適宜処置されることに同意します。また、検査画像などを匿名化した上で学会等学術的に使用することや、検査中に医療機器・医療材料のより安全でより適正な使用および操作を図るため、医療機器メーカーおよび業者が立ち会いを行うことにも同意します。

年 月 日

患 者 氏 名

【自署・代筆】

代理人または同席者氏名

続柄
(
)

代理人住所

※患者氏名欄は患者さまご本人が署名してください。
※患者さまが未成年もしくは署名できない場合はその保護者や親族などの代理人が署名してください。
※代理人が『入院申込誓約書及び身元保証書』における身元保証人さまと異なる場合、代理人住所欄をご記入ください。

私が文書と口頭で十分な説明を行い、納得の上で同意が得られたことを確認いたします。

医師署名

【同意書への署名ができない事由】

- ☐ 検査に対する説明を口頭で行い、同意の取得はできたが、自筆での署名ができないため、後日同意書への署名する予定。
- ☐ 【氏名 _____ 続柄 _____】に対して電話で説明し同意を得たが、直ちに来院することができないため、来院時に同意書への署名する予定。
- ☐ 意識レベルの低下により説明に対する同意が得られないが、救命のための検査や処置が必要であるとの医師の判断において同意書への自筆の署名がなくとも検査や処置を実施する。

いずれも詳細は診療録参照。

医師署名