

MRI 検査依頼・診療情報提供書

患者情報	フリガナ				保険情報	被保険者証		
	氏名					保険者番号		
	生年月日	M・T・S・H・R	年	月		日	記号・番号	
医療機関情報	医療機関名					資格取得日		
	診療科					世帯主		
	医師名					保険者名		
	TEL()	-	FAX()	-		老人(高齢)受給者番証		
予約日	第1希望	月	日	検査結果の配送		公費負担番号		
	8:30	14:00	16:00			受給者番号		
	第2希望	月	日			有効期間		
8:30	14:00	16:00	画像のみ	負担割合				
第3希望	月	日	画像・レポート	公費負担医療受給				
8:30	14:00	16:00	当日持ち帰り	公費負担番号				
				受給者番号				
				有効期間				

検査部位	希望される部位(1か所)に○印をして下さい			単純・造影の種類	単純	金属チェック問診票が必要です	
	脳ルーチン+MRA	下垂体	副鼻腔		眼窩	造影	クレアチニン mg/dl
	頸部MRA	咽頭・喉頭	甲状腺				クレアチニン後日報告
	頸椎	胸椎	腰仙椎				eGFR<30は原則造影不可です 造影同意書、造影問診票、 金属チェック問診票が必要です
	肩関節(右・左)	肘関節(右・左)				ブスコパンの使用 (腹部検査の場合)	可・不可
	手関節(右・左)	手部(右・左)				授乳	なし・授乳中
	股関節(両側)	膝関節(右・左)					
	足関節(右・左)	足部(右・左)					
	肝臓	MRCP(胆嚢・膵臓)	腎臓		副腎		
	子宮・卵巣	前立腺					
(その他)							

病名(必ずご記載ください)

検査目的・指示・主症状・臨床経過・検査部位などをご記載ください。

造影 MRI 検査 説明書

検査に際し 1.内容, 目的, 必要性, 有効性 2.危険性, 副作用, 合併症 3.静脈注射について 4.受けなかった時の不利益 5.同意の撤回について 6.プライバシー保護 7.連絡先について次のように説明いたしました。不明な点がありましたら主治医に御相談ください。

1. 内容、目的、必要性、有効性

磁力とコンピューターを使用して、体の内部を観察するものです。この検査があなたの状態をより深く理解し、治療する助けとなると考えています。この検査は撮影の途中で造影剤を静脈注射します。

2. MRI 造影剤の危険性、副作用、発現頻度・合併症

使用する造影剤は、安全な薬剤ですが、場合によっては副作用がおこることがあります。副作用の種類は次のようなものです。

- ① 軽い副作用：起こる確率は約 2.4%です。
かゆみ、蕁麻疹、くしゃみ、胃の不快感 治療は必要としません。
- ② 重い副作用：アナフィラキシー（様）症状、呼吸困難、動悸、ひきつけ、腎機能障害、意識低下などがあります。これらの副作用は、1.9 万件に 1 件程度と報告されています。
- ③ 死亡：他の多くの薬剤と同じく完全に死亡率を 0%にする事はできないと考えます。
因果関係が完全には否定できない死亡例が 83 万件に 1 件程度と報告されています。
- ④高度の腎障害の方は全身の皮膚の硬化・肥厚をきたし、時に重篤になるとの報告があります。
- ⑤検査を行って数時間～2,3 日後に全身のだるさ、湿疹、微熱、むくみなどが出現する事があります。
このような場合はご連絡ください。

万一、副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。

3. 静脈注射について

造影剤を注入する際、血管外に造影剤が漏れて注射部位が腫れたり、痛みを生じたりすることがあり、まれに切開などの処置が必要となる場合があります。

4. 受けなかった時の不利益

造影剤を使わなくても MRI 検査は行えますが、正確に診断するための情報が得られない場合があります。

5. 同意の撤回について

同意書をいただいた後でも同意の撤回ができます。その場合は主治医・担当医にご連絡ください。なお、同意を撤回することにより不当な扱いを受けることはありません。

6. プライバシーの保護

検査に関して得られた情報については秘密が守られます。また、得られた情報を医学研究や学会発表に使用しますが、名前や個人を識別する情報が使用されることはありません。

7. 連絡先

本検査についてご不明な点がある場合には、説明した医師にご連絡ください。また、検査後に緊急の事態が生じた場合には、診療科に連絡してください。

以上のことを十分ご理解の上、検査を受けられることをおすすめします。

造影 MRI 検査 同意書

検査予定日： 令和 年 月 日

病院記載欄 <同意書が得られない場合>

- 患者様が、小児あるいは意識障害、知能障害等で同意をとれる状態にない
 緊急のため同意書をとる時間的余裕がない 口頭もしくは電話で同意を得た
 家族と連絡がとれない その他()
- 年 月 日 担当医師 _____ (自署)
確認者 _____ (自署)

私は、造影検査について主治医から造影 MRI 検査説明書の交付を受け、担当医から十分な説明を受けるとともに、質問する機会を得ました。

【説明期日・説明場所・説明者】

年 月 日 時 分 [説明場所： 外来、 病棟]
(担当医師) _____ (自署)
_____ (自署)

私は、造影検査を受けることについて、担当医師から別紙説明を受け十分に理解できましたので次のとおりとします。

- 造影 MRI 検査について理解できましたので、受けることに同意します。
なお、このたびの検査実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意します。
- 造影 MRI 検査を受けることについては同意しません。

年 月 日 時 分 [同意場所：]

松江赤十字病院

院長 大居 慎治 あて

(患者本人) 氏名 _____

(ご家族) 氏名 _____ 印 続柄 ()

*検査治療等にあたっては、ご家族の方がそのことを十分に理解されていることが望ましいので、ご家族の署名をお願いしています。(ご家族の範囲については、現実に患者様の世話をされている親族及びこれに準ずる方を含みます) 但し、患者様本人のご了承が得られない場合は、この限りではありません。

*患者様の容態によりご本人からの了解を得ることが困難であるときは、ご家族の同意をもってこれに代えさせていただきます。(患者様が未成年の場合は、法定代理人である親権者といたします。)

造影 MRI 検査 問診票

氏名： _____ 様 生年月日： _____

検査予定日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

造影剤の使用に同意された方は以下の質問にお答えください。

体重 _____ kg ※体重により造影剤使用量を決めます。

①今までに造影剤を使った検査を行ったことがありますか？ はい いいえ

⇒はいと答えた方へ：何か副作用がありましたか？ はい いいえ

⇒はいと答えた方へ：いつ頃・何の検査でおこりましたか？
またそれに対してどのような治療を受けましたか？

.....

②今までに薬や食べ物で、アレルギー（じんましん）などが
でたことがありますか？ はい いいえ

⇒はいと答えた方へ：それはどんな薬（食べ物）ですか？

.....

③喘息、または過去に喘息といわれたことがありますか？ はい いいえ

⇒はいと答えた方へ：最後に喘息発作が起きたのはいつ頃ですか？

.....

④アトピー等のアレルギー体質はありますか？ はい いいえ

⇒はいと答えた方へ：それはどんな内容ですか？

.....

⑤肝臓が悪いといわれたことがありますか？ はい いいえ

⑥腎臓が悪いといわれたことがありますか？ はい いいえ

⑦ご家族に喘息の方がおられますか？ はい いいえ

あなたが造影剤の使用に同意されても、検査時のあなたの体調及び今後の検査データ結果で、放射線科医師が造影剤使用を中止することがあります。ご了承ください。

患者様からご希望される事がありましたらご記入下さい。

.....

MRI 検査 問診票

氏名： _____ 様

検査予定日： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

MRI 検査では強い磁場の中に入ってください。金属でできた物や電子機器などを検査室内に持ち込まれると、ケガや故障の原因になることがあります。また、検査結果や機器に影響を与える可能性があります。場合によっては検査ができないこともありますので、検査を安全に行う為、以下の問診にご協力ください。

- 1 脳動脈瘤などで、頭の手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 2 その他に今まで手術を受けたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
“はい”と答えた方はどんな手術ですか？ ()
- 3 心臓ペースメーカーがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 4 人工内耳など、体の中に電子機器がありますか？ (はい ・ いいえ)
- 5 銃弾破片や鉄片などで怪我をしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
- 6 補聴器をしていますか？ (はい ・ いいえ)
- 7 入れ歯をしていますか？ (はい ・ いいえ)
- 8 貼り薬をしていますか？ (はい ・ いいえ)
- 9 狭い場所は苦手ですか？(閉所恐怖症) (はい ・ いいえ)
- 10 妊娠している可能性がありますか？(女性のみ) (はい ・ いいえ)
- 11 その他、体内に金属や異物などがあれば○で囲んでください。
血管内ステント(金網)/心臓人工弁/人工骨頭・関節/金属プレート/手術クリップ・ワイヤー
インプラント/義手・義足/磁石を利用した義歯や義眼/カラーコンタクトレンズ/針治療の針
避妊リング/入墨(タトゥー)/かつら/その他()

※次のような物は検査室内に持ち込みできません。入室前に外していただきますようお願い致します。

時計、キャッシュカード等の磁気カード、携帯電話、PHS、補聴器、ヘアピン、かつら、入れ歯、アクセサリ、眼鏡、筆記用具、エレキバン、金属のついた下着、使い捨てカイロ、ライター、硬貨、鍵、安全ピン、名札など

※アイシャドー、マスカラ、アイライン、カラーコンタクトレンズ、入墨(タトゥー)などは成分により発熱する可能性があります。

化粧品は検査前に落としていただくことがあります。カラーコンタクトレンズは検査前に外していただきます。入墨(タトゥー)のある方はご相談ください。