患者ID ：（貴院での記入は不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

地域連携用　造影MRI

**MRI用造影剤（ガドリニウム）**

**使用検査の問診票**

|  |  |
| --- | --- |
| 　造影MRI検査オーダー入力項目 | 　　　　　内　　容　　　（該当項目に☑を入れて下さい） |
| ・不整脈デバイス | 　□なし　　　□ペースメーカ、CRT-P　　　□ICD、CRT-D当院は、施設基準を満たしていないため、条件付きMRI対応ﾃﾞﾊﾞｲｽであっても検査不可　　 |
| ・MRI検査実施問診票　　　　　　　　検査同意書の確認 | 　□依頼医師の責任において安全性確認　　※別紙、MRI検査実施問診票で安全性を確認して下さい。 |
| ・造影剤使用　前投薬　慎重投与検査 | 　□なし　　　　□あり |
| ・すべての造影剤副作用歴 | □なし　　　　□あり　　 |
| ・ガドリニウム造影剤使用歴 | □なし　　　　□あり　　　　　□不明 |
| ・直近の腎機能　　検査前３カ月以内のデータe-GFR値30未満と未検の場合原則使用禁止 | **腎機能　e-GFR 値**　　 　　　　　　（ml/分/1.73㎡）　測定日　　　年　　　月　　　日（検査前３カ月以内のデータ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| ・ガドリニウム造影剤副作用歴 | □なし　　　　　　□軽度　※１　　※１使用再検討　※３禁忌□中等度※２　　　□重度　※３　　※２原則禁忌　前投薬　慎重投与が望ましい　 |
| ・気管支喘息の既往□あり　　□なし　　※１造影剤使用再検討※２前投薬、慎重投与が望ましい※３通常使用は可 | □現在症状があり、薬物による症状がコントロールされていない※１□薬物により症状がコントロールされている※２□治療せずに無症状が５年以上継続※３ □小児喘息の既往があるが、無症状が５年以上継続※３ |
| ・身長、体重 | 身長　　　　　　　　㎝　　　体重　　　　　　　　㎏ |
| ・検査当日の食事摂取 | □可　　　　　　　　　□不可 |

**ガドリニウム造影剤使用検査の確認**

　造影剤使用の目的と注意点等について説明しました。また、問診票、患者様の状態を評価した結果、

造影剤の使用は可能であると判断しました。

　　　年　 　 月　　 日　　　医療機関名　　　　　　　　　説明医師

　なお、造影剤使用が可能と判断された場合、別紙ガドリニウム造影剤使用検査に関する説明書・同意書をお読みいただき、検査に同意される場合には、署名をお願いします。

患者ID ：（貴院での記入は不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

地域連携用　造影MRI

**MRI用造影剤(ガドリニウム造影剤）**

**使用検査に関する説明書・同意書**

●ガドリニウム造影剤使用検査について

　造影剤は、画像検査で診断を容易にするために使用される薬剤です。検査では、ガドリニウムが主成分の造影剤を

体内に投与し病気の性質、血管、臓器の様子を鮮明に描出させ画像診断を行います。投与方法は、静脈注射で検査目的

により種類を選択します。安全に造影剤を使用できるかどうかは、担当医が慎重に判断していますが、他の薬剤と同様

に副作用がおこる場合があります。ごくまれに生命に関わる副作用が生じることありますが、造影剤使用検査から得ら

れる情報により、適切な診療が行われることが期待されます。なお、造影剤を使用しなくても検査を行える場合があり

ますが、使用した場合と比較して、正確な検査結果を得られない場合があります。一方、不利益としては、この検査を

受けても適切な情報が得られない、副作用などの有害事象に遭遇することが挙げられます。

●ガドリニウム造影剤による副作用と合併症について

　＊造影剤使用により下記の副作用が起こることがあります。

発生頻度、症状などは以下のとおりです。なお、副作用は投与直後から投与後1時間以内に起こること(即時性副作

用）が多いですが、検査後数時間から数日後の間に現れること（遅発性副作用）もあります。

　・軽い副作用：0.04～2.4%　100につき1~３人

　　吐き気、嘔吐、頭痛、動悸、めまい、くしゃみ、せき、皮膚の異常（発赤、かゆみ、むくみ、蕁麻疹）

　　これらは、一過性のものが多く基本的には治療を要しませんが、症状が続く場合は医師の診察を受けていただきます。

　　　なお、医師が必要と判断した場合は、投薬などの治療をおこなう場合があります

　・重い副作用：0.0025～0.0052%（約40,000人につき1~2人）

ショック、アナフィラキシー（血圧低下、呼吸困難、意識消失、咽・喉頭浮腫、顔面浮腫、呼吸停止、心停止等）

痙攣発作、腎不全これらの副作用により、命にかかわる症状となった場合には、緊急の薬剤投与、気管内挿管などの

救命処置を行います。

入院のうえ治療が必要となる場合もあります

　・死亡：0.00012%（約100,000人につき１人）

　　病状などによっては、救命処置を適切におこなっても死亡する場合があります。

・腎性全身性線維症：長期透析が行われている終末期腎障害、eGFR（推算糸球体ろ過値）が30ml/min/1.73㎡未満の

　慢性腎障害、急性腎障害の患者では腎性全身性線維症の発現リスクが上昇する事が報告されています。症状としては、

　皮膚のそう痒、腫脹、硬化、関節の硬直、筋力の低下等があります。

＊注射時に造影剤が血管の外に漏れると、末梢神経障害による痛みが発生することがあります。多くの場合、経過観察で

　自然に回復しますが、まれに治療を要する場合があります。

＊造影剤を血管内に投与すると、1～2分間ほど体が熱く感じること（注射時の熱感）がありますが血管に対する直接の刺

　激による正常な反応で一時的なものであり、心配いりません。また、造影剤注入中や注入後に、熱感以外に何か変わっ

　たことがありましたら、がまんしないで検査担当者にお知らせ下さい。

＊副作用を軽減するために、水分制限のない方は検査前および検査後に普段より多く水分摂取をしてください。

●ガドリニウム造影剤に対する副作用発生の予知について

　初めて造影剤を使用する方、今まで造影剤を使用して副作用のない方が今回の造影剤使用検査で副作用が発生するか

　どうかを予知する方法は、現在ありません。たたし、次に該当する方は、造影剤を使用すると副作用が発生する可能性

　が高くなる、または現在の症状が悪化する可能性があるため、原則、ガドリニウム造影剤の使用はできません。

＊今までに造影剤（CT・MRI等）やヨード過敏症による症状を起こしたことのある方

＊気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方

＊他の薬剤過敏症や蕁麻疹などのアレルギー歴のある

＊腎臓機能の低下している方

　しかし、使用に関しては診断上、造影剤を使用することにより得られる利益が、副作用発生等の不利益を上回る場合に

　限り、担当医師の判断で慎重に使用する場合があります。担当医師は、検査前に問診、血液検査等で患者さんの状態を

　確認し、造影剤使用の可否を決定します。また、検査当日にも担当看護師、技師からも詳細な問診を行う場合がありま

　す。

●副作用発生時の対応について

軽い副作用は、経過観察のみで改善しますが、症状の程度により治療が必要となる場合があります。副作用が発生し

　た場合は、最善の処置を行います。その際の治療は、通常の保険診療となります。なお、何か変わったことがありまし

　たら、我慢せず必ず検査担当者などにお知らせ下さい。

●検査同意書の署名について

当院では、ガドリニウム造影剤使用検査の必要性と造影剤の副作用・合併症について説明し、同意された場合には、

　検査同意書への署名をお願いしています。

●検査同意書の撤回について

　ガドリニウム造影剤使用検査の同意書は、今回の検査のみ有効とさせていただきます。なお、同意書はいったん提出

した後でも、いつでも口頭で同意を撤回することができます。検査に同意しない場合でも何ら不利益な取り扱いはいた

しません。

説明年月日　: 　　　　　　　　 医療機関名：　　　　　　　 説明医師 :

**●MRI用造影剤(ガドリニウム造影剤）使用検査の同意書●**

私は、MRI用造影剤（ガドリニウム造影剤）使用検査の必要性と造影剤の副作用・合併症について、医師から説明を受け十分に理解しましたので下記のように回答します。

**MRI用造影剤（ガドリニウム造影剤）使用検査を受けることに同意します。**

**また、副作用・合併症がおきた場合には、それに対する治療を受けることにも同意します。**

いったん同意書を提出した後でも、いつでも口頭で同意を撤回することができます。検査に同意しない

　場合でも何ら不利益な取り扱いはいたしません。

同意年月日 : 　　　　　年　　 　 月　　 　 日

同意者（本人) :

代諾者 氏名 : 　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　　）

　　※患者さんご本人が、何らかの理由で署名ができない場合は、代諾者が自筆署名し、

　　　続柄を記入してください。

患者ID ：（貴院での記入は不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

地域連携用　造影MRI

**MRI検査実施問診票及び検査同意書**

**・MRI検査について**

MRI（Magnetic Resonance Imaging：磁気共鳴画像診断装置）検査は、強力な磁石でできた機械の中に入り、磁力

と電波を利用して身体の断面や血管を撮影する検査です。安全にMRI検査を行うためには、体内金属、手術歴等の確認

が必要です。検査時間は、検査内容により３０分から６０分です。検査にあたり問診票の記入をお願いし、患者さんの

状態を確認させていただきます。

**・検査基本項目**

○過去のMRI検査歴はありますか。　　 □あり（検査日　　　　年　　　　月）　　　 □なし　　 □不明

○３０分～６０分程度安静にして、同じ姿勢は可能ですか。　　　□はい　 　□いいえ

**○**狭い場所は大丈夫ですか。　　　　　 □はい 　 □いいえ

|  |
| --- |
| **・検査不可　項目** |
| 項　　目 | チェック | 「あり」の場合の対応方法 |
| 心臓植込み型ペースメーカ・除細動器・神経刺激装置・脳深部刺激装置・植込み型心電用データレコーダ（MRI対応含） | □あり□なし | 当院では、条件付MRI対応デバイスであっても　　　　　　　施設基準を満たしていないため、**検査不可** |
| 磁石式人工肛門・金属製・可動性の義眼・チタン製以外の脳動脈クリップ・頭蓋骨固定・美容整形等で顔面に金糸等の埋め込み・乳房再建エキスパンダー・カプセル内視鏡・スワンガンツカテーテル・体内リード線 | □あり□なし | 材質に関係なく**検査不可** |
| 人工内耳・中耳 | □あり□なし | 当院では、MRI対応製品であっても、　　耳鼻咽喉科医師の立ち合いができないため、**検査不可** |
| **・条件付き検査可能** |
| 項　　目 | チェック | 「あり」の場合の対応方法 |
| 冠動脈、大動脈、四肢血管ステント（留置した日　 　　年　 　　月） | □あり □なし | MRI対応で、留置後8週間経過で検査可（品名及び添付文章で撮像条件の確認可能な場合は除く） |
| 膵管・胆管・大腸ステント、脳動脈・頸動脈クリップ、ステント | □あり □なし | MRI対応の場合は、検査可能 |
| 心臓人工弁 | □あり □なし | Star-Edwer600番以前（1970年以前）**検査不可** |
| 消化器（胃、大腸）のクリップ（MRI対応含む） | □あり □なし | 留置後1か月以内は原則不可（MRI対応品で、使用クリップの確認可能な場合除く） |
| 体内埋め込み式インスリンポンプ・持続血糖測定器(ｾﾝｻｰを含む） | □あり □なし | 内分泌内科に確認必要　　測定器、ｾﾝｻｰの取外し必要　　　　　　　　　　**MRI室での対応不可** |
| 圧可変式シャントバルブ留置（V-Pシャント等） | □あり □なし | 脳神経外科医師による、確認必要脳神経外科医師による、検査後の設定圧の確認が必要 |
| 皮下埋め込み型ポート（CVポート等） | □あり □なし | 当院での埋め込みポートは、検査可能埋め込み施設等に確認必要 |
| 条件付き検査項目　続き |  | 「あり」の場合の対応方法 |
| インプラント（磁石式の入れ歯） | □あり □なし | 取外し後、検査可能 |
| 緑内障フィルトレーションデバイス（ｱﾙｺﾝ™、ｴｸｽﾌﾟﾚｽ™） | □あり □なし | デバイス挿入後、2週間は、検査不可 |
| 入れ墨、タトゥー（検査中、熱感等変化が生じた場合、検査中止） | □あり □なし | 発熱、火傷の恐れあり**危険性の説明と同意必要** |
| 妊娠の可能性 、妊娠中（妊娠　　　　週 ） | □あり □なし | 診断上の有益性が危険性を上回る場合、検査可能妊娠4週～12週は、検査を避けることが望ましい |
| 避妊リング | □あり □なし | MRI対応品の場合、検査可能 |
| 手術を受け体内に金属製の物体（骨固定用ボルト、人工関節など） | □あり □なし | 検査中、熱感等変化が生じた場合、検査中止 |
| 手術以外で、体内にある金属製の物体（仕事やけがに伴う体内残留物など） | □あり □なし | 特に金属片が眼の奥などにないかX-P等で確認 |
| **・その他の項目** |  |
| 項　　目 | チェック | 「あり」の場合の対応方法 |
| 治療用置き針・巻き爪ワイヤー・入れ歯 | □あり □なし | 原則取り外して検査可能 |
| ストーマ、尿道留置カテーテル | □あり □なし | 接続部が金属のものは取り外せれば検査可能 |
| カラーコンタクト（ディファイン含）ピアス、貴金属、補聴器など | □あり □なし | 取り外して検査可能保管ケース等用意必要 |
| 増毛パウダー（スーパーミリオンヘアーなど） | □あり □なし | 検査日に塗布がなければ検査可能 |
| 貼り薬（湿布、経皮吸収ニトログリセリン：ニトロダームⓇ禁煙補助薬：ニコチネルⓇ、経皮吸収型持続性疼痛治療剤：フェントステープ Ⓡなど） | □あり □なし | **検査前に必ず剥がす。**経皮吸収ニトログリセリンは、**火傷の可能性あり**　経皮吸収型持続性疼痛治療剤は、発熱により**薬剤の放出量が増加**し、薬理作用が増強する恐れあり |
| 衣類等（ヒートテック、ブラジャーなど）金属付下着、遠赤外線、保湿性が高い発熱衣類 | □あり □なし | 脱衣して検査着に更衣し検査実施画像への影響、発熱の恐れあり |
| 化粧品（マスカラ・アイライン・アイブロウ・　　　　　アイシャドウ 等）ネイルアート（マグネットネール、ジェルネイル） | □あり □なし | **成分に金属が含まれているものがあり、発熱、火傷の可能性****あり　化粧は事前に落として、ネイルは除去して検査実施** |

|  |
| --- |
|  |

　検査前には、施錠のできる更衣室で身に着けていて外せる金属類、体に装着しているもの、貼り薬等はすべて

はずし、検査着に着替えていただきます。検査中は、大きな音が発生します。耳の保護のためにヘッドホンを使用しますが、耳栓が必要な方はお申し出下さい。検査中に体調の変化、局所の熱感等を感じた場合、手元のブザーを使って担当者を呼び出すことができます。ご不明な点がありましたら、依頼医師や検査担当者にご質問下さい。

なお、問診票を記入いただき、検査に同意いただける場合は、下記に署名をお願いします。記入していただ

いた問診票、同意書を確認した上で検査の可否を決めさせていただきます。

説明年月日　: 　　　 医療機関名： 説明医師 :

・私は、体内金属などの安全性が確認できた場合、問診票にある対応方法によりMRI検査を受けることに同意します。

同意年月日 : 　　　　　年 　 月　 日

同意者（本人) :

代諾者 氏名 : 　　　　　　　　　　　　　　　　 　 続柄（　　　　　　）

※患者さんが何らかの理由で署名ができない場合は、代諾者が自筆署名し、続柄を記入してください。

なお、患者様の状態により依頼医師、看護師が問診及び口頭による確認の上、代理署名させていただく場合があります。

地域連携　造影MRI

**造影MRI検査（造影剤使用あり）**

 **を受けられる方へ**

　　検査日時

　　　　　　　年　　月　　日　　 時　 　分

　※検査日時の30分前までに放射線科受付にお越しくだい**。**

なお、緊急検査の対応のため、検査開始が予定時間より

遅れることがあります。ご了承下さい。

患者ID ：（当院記入）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　　　年　　　月　　　日

・検査時間について

　検査時間は、30分から60分程度です。検査開始前に、おおまかな検査時間をお伝えします。

* 食事・水分制限なし
* **検査当日の食事摂取不可の方**

検査予約時刻の**4時間前(　　　　　　時　　　　　　　分)以降は食事をとらない**で下さい。

ただし、水・お湯・お茶などの**水分制限はありません**。脱水予防のため、水分は検査直前まで十分に摂取して下さい。

※**牛乳、ジュースは正しい診断結果が得られなくなる可能性があるため飲まないで下さい。**

※なお、水分制限のある方は、制限の範囲内で摂取して下さい。

●普段飲んでいる薬の服用について

　　普段飲んでいる薬は、指示がなければいつもどおり服用して下さい。

　●その他

・検査前には、施錠のできる更衣室で身に着けていて外せる金属類、体に装着しているもの、貼り薬等は　すべて外し、検査着に着替えていただきます。可能な限り、事前準備をお願いします。

　ご不明な点がありましたら、依頼医師や検査担当者にご質問下さい。