

|                       |
|-----------------------|
| 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  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ペースメーカ、CRT-P <input type="checkbox"/> ICD、CRT-D<br>当院は、施設基準を満たしていないため、条件付き MRI 対応デバイスであっても検査不可  |
| ・MRI 検査実施問診票<br>検査同意書の確認  | <input type="checkbox"/> 依頼医師の責任において安全性確認<br>※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   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |
| ・すべての造影剤副作用歴  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり  |
| ・ガドリニウム造影剤使用歴   | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明  |
| ・直近の腎機能<br>検査前 3 カ月以内のデータ<br>e-GFR 値 30 未満と未検の場合<br>原則使用禁止  | <b>腎機能 e-GFR 値</b> (ml/分/1.73 m <sup>2</sup> )<br>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  | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 ※ 1 ※ 1 使用再検討 ※ 3 禁忌<br><input type="checkbox"/> 中等度 ※ 2 <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br>※ 1 造影剤使用再検討<br>※ 2 前投薬、慎重投与が望ましい<br>※ 3 通常使用は可 | <input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> 薬物により症状がコントロールされている※ 2<br><input type="checkbox"/> 治療せずに無症状が 5 年以上継続※ 3<br><input type="checkbox"/> 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 cm 体重 kg  |
| ・検査当日の食事摂取  | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 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がありますが、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 m<sup>2</sup>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(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、我慢せず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。ただし、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方

\* 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ことがあります。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、検査担当者にお知らせ下さい。

また、検査後に異常が現れた場合は、十日町病院 Tel(025)757-5566 までご連絡下さい。

●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和造影剤の副作用・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。

●検査同意書の有効期間および同意の撤回について

MRI 用造影剤（ガドリニウム造影剤）使用検査の同意書は、今回だけでなく、以後、当院で行われる検査において有効とさせていただきます。また、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。

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）使用検査の必要性和造影剤の副作用・合併症について、担当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。**

この同意書は、以後、当院で行われるガドリニウム造影剤使用検査においても有効となります。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。

**MRI 検査実施問診票及び検査同意書**

|                                |
|--------------------------------|
| 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 |

**・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           | <input type="checkbox"/> あり (検査日       年       月) | <input type="checkbox"/> なし  | <input type="checkbox"/> 不明 |
| ○30 分~60 分程度安静にして、同じ姿勢は可能ですか | <input type="checkbox"/> はい                       | <input type="checkbox"/> いいえ |                             |
| ○狭い場所は、大丈夫ですか                | <input type="checkbox"/> はい                       | <input type="checkbox"/> いいえ |                             |

**・検査不可 項目**

| 項目   | チェック  | 対応方法  |
|--|---|---|
| 心臓植込み型ペースメーカー・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)   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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、 <b>検査不可</b> |
| 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<br>・美容整形等で顔面に金糸等の埋め込み<br>・乳房再建工キスパンダー・カプセル内視鏡<br>・スワンガンツカテーテル・体内リード線 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 材質に関係なく <b>検査不可</b>                                 |
| 人工内耳・中耳  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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、 <b>検査不可</b> |

**・条件付き検査可能 項目**

| 項目                                       | チェック  | 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) | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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            | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | MRI 対応の場合は、検査可能                                   |
| 心臓人工弁                                    | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | Star-Edwer600 番以前 (1970 年以前) <b>検査不可</b>          |
| 消化器 (胃、大腸) のクリップ (MRI 対応含む)              | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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が可能な場合は除く)     |
| 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)        | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 <b>MRI 室での対応不可</b>      |
| 圧可変式シャントバルブ留置 (V-P シャント等)                | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)                     | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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                    |

| 条件付き検査可能 項目 続き   | チェック  | 対応方法   |
|--|---|--|
| インプラント（磁石式の入れ歯）  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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<br>（アルコ <sup>TM</sup> 、イクス <sup>PLS</sup> <sup>TM</sup> ） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 発熱、火傷の恐れあり <b>危険性の説明と同意必要</b>                        |
| 妊娠の可能性、妊娠中（妊娠 週）   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 診断上の有益性が危険性を上回る場合、検査可能<br>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  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 特に金属片が眼の奥などにはないか X-P 等で確認                            |

・その他 項目

| 項目  | チェック  | 対応方法  |
|---|---|---|
| 治療用置き針・巻き爪ワイヤー・入れ歯  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）<br>ピアス、貴金属、補聴器など  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 取り外して検査可能<br>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）   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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<br>ロダーム <sup>®</sup> 禁煙補助薬：ニコチネル <sup>®</sup> 、経皮吸収型<br>持続性疼痛治療剤：フェントステープ <sup>®</sup> など） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <b>検査前に必ず剥がす。</b> 経皮吸収ニトログリセリンは火傷の<br>可能性あり 経皮吸収型持続性疼痛治療剤は、発熱により<br><b>薬剤の放出量が増加し、薬理作用が増強する恐れあり</b> |
| 衣類等（ヒートテック、ブラジャーなど）金属付下<br>着、遠赤外線、保湿性が高い発熱衣類  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 脱衣して検査着に更衣し検査実施 画像への影響、<br>発熱の恐れあり <b>通気性の優れた衣類の着用を推奨</b>   |
| 化粧品（マスカラ・アイライン・アイブロウ・<br>アイシャドウ 等）<br>ネイルアート（マグネットネイル、ジェルネイル）   | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | <b>成分に金属が含まれているものがあり、発熱、火傷<br/>の可能性あり 化粧品は事前に落として、ネイルは<br/>除去後、検査実施</b>                             |

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、手元のプザーを使って担当者呼び出すことができます。ご不明な点がございましたら、担当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担当医師、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。

|                                |
|--------------------------------|
| 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 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さい。

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。

● 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、施設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。

ご不明な点がございましたら、依頼医師や検査担当者にご質問下さい。