

MR I 検査問診票

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 検査日: _____ 年 月 日 時 分
生年月日: _____ 年 月 日 性別: 男・女 同日に複数部位のオーダーあり

MR I は非常に強い磁石を使った検査です。体内に機器や金属類があるとそれらの故障や位置がずれたり、発熱の可能性があります。MR I 検査を受けられない場合があります。検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

造影剤を使用の際は、造影剤同意書の記入もお願いします。

1. ①～⑥のような機器・金属類が体内にある場合は、MR I 検査が受けられません。
該当するものはありますか？

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| ① MR I 非対応の心臓ペースメーカー・ICD・CRT-D | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ② 人工内耳・中耳 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ③ 圧可変式シャントバルブ（脳室シャントなど） | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ④ その他の電子機器（体内神経刺激装置、深部脳刺激装置など） | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑤ 磁石で着脱する義眼 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| ⑥ 眼の中に金属片は無いですか（戦争、製鉄所勤務等により） | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |

2. 上記①～⑥以外で、体内に金属・異物等がありますか？ あり なし
「あり」の場合、どこに何が入っているか記入をしてください。

例：MR I 対応の心臓ペースメーカー・ICD・CRT-D・脳動脈瘤クリップ
人工心臓弁 ・ ステントグラフト ・ ペースメーカーリード 等

どこに: _____ 何が: _____

3. 体内に消化管止血クリップがありますか？ あり なし
4. 入れ墨・アートメイクをしていますか？ はい いいえ
5. 妊娠中あるいは妊娠の可能性はありますか？ あり なし
6. 狭い場所が苦手ですか？ はい いいえ
7. 普段身に着けているものはありますか？検査の際は取り外していただきます。
- | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 補聴器 | <input type="checkbox"/> 義歯 | <input type="checkbox"/> 磁石で着脱する義歯 | <input type="checkbox"/> 義眼 | <input type="checkbox"/> 義手・義足 |
| <input type="checkbox"/> カラーコンタクト | <input type="checkbox"/> 増毛スプレー | <input type="checkbox"/> グルコースモニタシステム | | |
| <input type="checkbox"/> 貼付剤（ニトロダームTTS・ニコチネルパッチ・ノルspanテープ・ニュープロパッチ） | | | | |

上記 内容を確認しました。

問診日: _____ 年 月 日 患者署名: _____
(患者が署名できない場合、家族もしくは代理人が代筆)

家族もしくは代理人署名: _____ 患者との続柄: _____

問診担当者: _____

*機器・金属等がMR I 対応か未確認、不明な場合は原則的に検査はできません。

*質問 2. 3. で「あり」に該当し、MR I 対応の機器・金属か不明の場合は、MR I 室まで連絡をお願いします。

MR I 検査を受けるにあたって

MR I 検査は非常に強い磁石を使った検査です。その為、MR I に対応していない体内に挿入した金属及び体外装着品は大変危険です。検査を安全に行うために金属及び対外装着品の有無と危険性の確認をお願いします。

1. 下記の金属機器が体内にある場合は、MR I 検査が受けられません。

MR I 非対応のペースメーカー	誤作動、リードの発熱による心筋の損傷の可能性があります、過去に 死亡例 が報告されています。
除細動器・CRT-D	
人工内耳・中耳 圧可変式シャントバルブ 体内神経刺激装置・深部脳刺激装置	多くの機器はMR I に対応しておらず、検査を行えません。 また、 MR I 対応の製品であっても当院では検査を行えません ので、挿入した施設へご相談ください。
磁石で着脱する義眼	磁場の影響で着脱が不可となります。
眼窩内異物	眼窩内に金属がある方は検査を行えません。 失明例 が報告されています。

2. 下記の金属が挿入されている場合は、MR I 検査を受けられない場合があります。
必ずMR I に対応しているか確認をしてください。確認が取れない場合は検査を受けられません。

脳動脈瘤クリップ	MR I 対応ではないクリップは、磁場の影響で脱落する可能性があります、過去に 死亡例 が報告されています。
人工心臓弁	1970年以前の製品は、MR I 対応ではない可能性があります。
ステントグラフト	2007年以前の製品は、MR I 対応ではない可能性があります。

3. 一部の消化管止血クリップは、磁場の影響を受けMR I 検査を受けられない場合があります。

消化管止血クリップ	当院で施行した場合は検査可能ですが、他院の場合はMR I 非対応の可能性があるので製品の確認をしてください。
-----------	--

4. 入れ墨・アートメイクは、微小な金属が含まれており**火傷や変色**の可能性があります。

入れ墨・アートメイク	検査中に違和感を感じたらお知らせください。
------------	-----------------------

5. 妊娠中の方は、主治医にMR I における胎児の影響の説明を受け、必要性をご理解の上で検査を受けてください。

妊娠中	胎児に対するMR I 検査の安全性は確立されていません。
-----	------------------------------

6. 狭い場所が苦手な方は、MR I 検査を行えない場合があります。

狭いところが苦手な方	事前に見学ができますので、MR I 室にご相談ください。
------------	------------------------------

7. 下記の付属品を身に着けている方は、検査時に必ず外してください。

補聴器・歯科用磁性インプラント	磁場の影響で故障する可能性があります。
義歯	画像に影響を与え、正確な診断が行えなくなります。
義手・義足	磁性体であり、装置に吸着する恐れがあります。
カラーコンタクト	微小な金属が含まれている製品があり、 角膜や眼球に障害を発生する可能性があります 。
増毛スプレー	装置に付着すると故障の原因になるため当日はお控えください。
グルコースモニタシステム	MR I 対応でないため装着したまま検査は行えません。
貼付剤・カイロ・湿布	金属を含んでいる製品があり、 火傷 の可能性があります。

※その他、わからないことがあれば下記まで連絡をお願いします。

土谷総合病院 MRI 室 電話：082-243-9192（検査室直通）

MR I 造影剤問診票・同意書

ID: _____ 患者氏名: _____ 様 検査日: _____ 年 月 日
生年月日: _____ 年 月 日 性別: 男・女 検査時間: _____ 時 分

この問診票は、あなたの造影検査をできるだけ安全に行うために必要なものです。
はい・いいえの☑を、はいの該当項目には(○)を。必要時、_____にコメントを記入してください。

1. 今まで造影剤(注射)を用いた検査を受けたことがありますか?

はい () CT/血管造影/腎尿路検査 () MR I () 胆嚢検査
 いいえ 不明 () その他 _____

2. 造影剤検査を受けたことのある方にお尋ねします。

その時、何か副作用がありましたか?

はい () 発疹 () 吐き気
 いいえ 不明 () その他 _____

3. アレルギー性の病気やアレルギー体質などがありますか? (注: 副作用の発生率が高くなる可能性有り)

はい () 喘息 ※喘息の既往(小児喘息も含む)がある場合、造影検査は原則禁忌です。
 いいえ 不明 () じんましん () アトピー () アレルギー性鼻炎
() 飲み薬・注射の副作用
() 食べ物・金属アレルギー
() その他 _____

4. 次のような病気はありますか? (注: 病気の種類によっては造影剤が使用できないことがあります)

はい () 心臓病 () 腎臓病 () 甲状腺疾患 () 緑内障
 いいえ 不明 () 前立腺肥大 () 人工透析中 () 糖尿病

5. 女性の方にお尋ねします。

現在、妊娠の可能性はありますか? はい いいえ

授乳中ですか? はい いいえ

*授乳中の場合、検査後24時間は授乳を避けてください。

【患者記入】

私は、造影剤を使った検査の必要性と、副作用について説明を受け理解しましたので、造影剤の静脈注射に同意いたします。

年 月 日

患者署名: _____

(患者が署名できない場合、家族もしくは代理人が代筆)

家族もしくは代理人署名: _____

患者との続柄: _____

【医師記入】

・最近のeGFR値 _____ (またはCr値 _____ mg/dl) (採血日: _____ 年 月 日)
(注: eGFR値30未満、Cr値1.5mg/dl 以上の場合は、特別な場合を除き、中止とします)

アレルギーに関する問診、腎機能、及び本人の同意が得られており、
造影剤の実施について (可 ・ 不可) と考えます。

主治医: _____

記入日: _____ 年 月 日

同席した医療従事者: (有 ・ 無) _____

MR I 造影剤による検査の説明

造影剤は、診断を正確に行うために使用します。

静脈に注射された造影剤は、腎機能が正常であれば、1日で90%以上尿として排泄されます。検査の際には十分に注意して行います。副作用に対してはすみやかに対処できる準備をしております。

1. 造影剤の必要性

造影剤（静脈注射）を使用することによって、病変の有無・病気の性状・範囲など詳しい情報が得られ、正しい病気の診断につながります。

2. 造影剤の禁忌

①喘息がある、過去に喘息（小児喘息を含む）と言われたことがある場合、当院では造影検査を行えません。

②重篤な腎障害がある場合、造影検査は行えません。（eGFR値30未満）

3. 造影剤の副作用と頻度

軽症の副作用（5%以下）

熱感、吐き気、発疹、かゆみ、咳、くしゃみなど、ほとんど検査直後で一時的に発生し、基本的に治療の必要性はありません。まれに数日以内に生じることもあります。

重症の副作用（0.1%未満）

血圧低下、呼吸困難、ショック、意識消失など治療が必要になる場合もあり、まれですが死亡例もあります（10万～20万人に1人程度）。

4. 軽度～中等度の腎障害がある場合、造影剤を使用することにより腎機能が悪化することがあります。

5. まれに造影剤が血管外に漏れて、注射したところが腫れて痛むことがあります。

6. 以前に造影剤で副作用が発生しなかった方でも、副作用が発生しないとも限りません。副作用が発生した場合は、適切な対処を迅速にいたします。

7. ごくまれに検査後、1時間から2日後に発疹、かゆみ、発熱、めまい、気持ちが悪い、頭痛などの症状が発生することがありますがほとんどの場合、徐々に治まります。治まらない場合は電話でご連絡ください。