

造影MRI検査に関する意思確認書

医療連携用

(原本 →三宿病院 医療連携室へ 写し →患者様へ)

説明日 _____年____月____日

三宿病院 院長 殿

患者 _____様 に対する診療行為について、以下の項目を説明しました。

患者生年月日 _____

医療機関名 _____ 医師名 _____

説明者名 _____ 職種： _____

説明項目

1. 病名 _____

2. 実施する診療行為 造影MRI検査

3. 実施希望日 ① _____年____月____日

② _____年____月____日

4. 交付した説明書類：造影MRI検査 造影剤のご説明と問診(全2ページ)

5. 本診療行為の必要性(説明書_1ページ)

6. 推奨する診療行為の内容・効果(説明書_1ページ)

7. 予想される危険性(合併症、既往症に伴うリスク等)(説明書_1ページ)

8. 実施後の一般的経過(予測される日常生活への影響や予後など)と起こりうる障害
(説明書_1ページ)

9. 通常は発生しないが重大な傷害や死亡の危険性もあり得ること(説明書_1ページ)

10. 要望・質問が可能なこと(説明書_1ページ)

11. この件についての問い合わせ先(説明書_1ページ)

私は、上記説明を受け、質問、要望の機会も与えられ、内容について理解しました。

私は、説明された診療行為について以下の様に決定しました。(説明を受けた者が□にチェックを入れる)

受けます 受けません 今は判断できません(判断保留)

_____年____月____日

患者署名(自署) _____

緊急時を除き、未成年者の場合には親権者、本人が署名できない場合は意思決定を代行できる代理人が署名して下さい。

代理人署名(続柄： _____) _____

連絡先(患者と異なる場合) 電話番号： _____

↓
代理人は、親・配偶者・子・同居の親族とし、それ以外の親族や知人などに拡大解釈することはできない。

造影剤のご説明と問診

当院では、主治医の説明をお聞きいただき、患者さんの意思による同意を得たうえで検査を行っております。疑問点は質問されて納得され、造影検査の実施に同意されるときは、問診票にご記入いただき、意思確認書に御署名のうえ、検査実施時に検査室までお持ち下さい。（問診票は2ページ目、意思確認書は3ページ目です）なお、同意を拒否、または検査前に同意を撤回されても、診療上不利な扱いを受けることはありません。

Q. MRI 検査で使用する造影剤とはどのようなものですか？

A. 画像検査を行う上でより詳しい情報を得るために用いる検査用薬剤です。

通常、皮下静脈を穿刺し、静脈内注射で体内に投与します。

MRI 検査では、ガドリニウム製剤が使われます。

腎機能が正常であれば、注射後 6 時間で約 90%は尿として排泄され、やがて全てが体外に排出されます。

Q. 副作用はあるのでしょうか？どのような人には造影検査ができないのでしょうか。

A. 造影剤は多くの場合人体に無害です。しかしごくまれに副作用が見られることがあります。

軽症：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹、血圧低下、蕁麻疹など、治療を要さないか 1-2 回の投薬で回復するもの（20 人に 1 人以下の頻度）

重症：呼吸困難、嘔声、意識障害、血圧低下、腎不全など、入院治療を要する。後遺症が残ることもあるもの（1.9 万人に 1 人の頻度、83 万人に 1 人程度で死亡例）

万が一、副作用が起きた場合には迅速かつ最善の処置を行います。

副作用の発現率は、軽症のものも含めて全体で 2.4%前後と報告されています。

アレルギー体質の方や喘息の方は通常の人よりも約 2 倍高い頻度で副作用が生じるとされており、造影剤の副作用歴（CT 検査で使用するヨード造影剤を含む）のある方は、通常の人よりも約 3~9 倍高いと報告されています。喘息の方や腎機能の低下している方は原則的には造影検査を施行することができません。

特に腎機能障害のある方には腎性全身性線維症（NSF）という重篤な副作用が報告されているので、透析をなさっている人でも造影検査は施行することができません。

次のページの間診をご記入いただき検査当日に検査室に提出してください。

国家公務員共済組合連合会 三宿病院 診療放射線科

電話：03-3711-5771（代表）

<造影剤使用前の問診>

検査を受ける方のお名前

_____様

下記項目に○で答えて、体重をご記入ください。

1. 今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことがありますか？

（ ない ・ ある ） CT、MRI、腎臓検査、その他（ _____ ）

その時、副作用はありましたか？

（ ない ・ ある ） 発疹、吐き気、その他（ _____ ）

2. 喘息、アレルギー性の病気、その他持病がありますか？

（ ない ・ ある ） 喘息、アレルギー、蕁麻疹、腎疾患、甲状腺疾患、透析中心疾患、その他（ _____ ）

3. 体重をご記入ください。

体重 _____ kg

※ この問診票は、検査前に検査室に提出していただきます。



予約票

予約デスク **03-5720-7423****MR I 検査 (造影)**

ID:

様

予約日

時間

①来院の際は「初診・再診 ③番」の窓口へお越しください。

②受付窓口 **南館1階 MR I 検査受付** へお越しください。

●MR I 検査を受ける方は必ずお読み下さい。

この検査は、磁気を利用して体内の情報を画像化する検査です。

造影剤の静脈注射があります。※患者様は造影剤使用の同意書を記入の上、提出して下さい。

検査着へ着替えがありますので、検査時間の15分前に受付窓口へお越し下さい。

貴重品持参や高価な装身具でのご来院はなるべくお控え下さい。

●次の事項をお守り下さい。

- 午前検査の方は朝食を召し上げらずにお越しください。
午後検査の方は朝食はさしつかえありませんが、昼食は召し上げらずにお越しください。
午前、午後とも水や常用薬は飲んでかまいません。経口糖尿病薬やインスリン注射は主治医の指示に従ってください。
- 検査室には、磁性体を持ち込む事はできません。心臓ペースメーカーなど体内に金属類が埋め込まれている方は検査ができない場合がありますので、申し出てください。
次のようなものは身体からはずして、ロッカーに保管していただきます。
 - ・金属製のもの・・・ 例：腕時計/ブレスレット/ネックレス/ピアス/カイロ/鍵等
 - ・磁気を利用したもの・・・ 例：キャッシュカード/テレホンカード/定期券/エレキバン等
 - ・金属のついているもの・・・ 例：入歯/補聴器/増毛スプレー(パウダー)/かつら/カラーコンタクト等
- 膀胱、前立腺の検査の方は尿をためた状態で検査を行います。検査直前の排尿は控えてください。
- 妊娠中、またはその可能性のある方、授乳中の方はお申し下さい。
- 化粧成分に金属を含むものがありますので、原則として、化粧はしないで下さい。
- やむを得ず検査を受けられなくなった場合には、速やかにMRI室まで電話でご連絡下さい。

●ご不明な点がございましたらMRI室までお問い合わせ下さい。

●ご予約の診療が終了した方のお会計は、1階外来⑧番の会計窓口になります。
(来院時、ご使用いただくクリアファイルも⑧番窓口にお返しください。)

●予約等に関するお問い合わせ



国家公務員共済組合連合会

三宿病院

予約担当デスク TEL 03-5720-7423

〒153-0051

TEL:03-3711-5771 (代表)

※患者ID番号・予約票等をご用意の上、ご連絡ください。

東京都目黒区上目黒5-33-12

FAX:03-3792-1682 (FAX)

三宿病院ホームページ <http://www.mishuku.gr.jp>