

沢井記念乳腺クリニック MRI 検査問診票・同意書(造影)

氏名: _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査予約日: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分 検査部位: _____

・予約時間の 30 分前までに総合受付で受付をしてください。

・検査当日、来院時は必ず MRI 検査同意書をご持参ください。

・ご都合が悪くなった場合は、下記まで電話等で連絡して下さい。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール yoyaku@nyusen.com

◆ 下記の質問にお答えください。

1. あなたは、次のような病気にかかったことがありますか? いいえ ・ はい
気管支喘息、薬物過敏症(アレルギー)、花粉症・鼻炎、じんましん(原因: _____)
2. 腎機能に異常があると言われた事がありますか? いいえ ・ はい
具体的に(_____)
3. 人工透析をされていますか? いいえ ・ はい
4. 今までに MRI 造影剤を使った検査をしたことがありますか? いいえ ・ はい
“ある”と答えられた方におたずねいたします。

その検査中、または検査後に、何らかの症状(副作用)が現れたことがありましたか?

いいえ ・ はい

発疹、発赤、口内違和感、くしゃみ、あくび、咳、嘔気、嘔吐、腹痛、寒気、
意識消失、血圧低下、その他(_____)

過去の造影検査で発疹・かゆみが出た方、現在気管支喘息で治療中の方は原則造影剤を使うことができません。

5. 現在授乳されていますか?(女性の方のみ) いいえ ・ はい
* 授乳中の方はお乳の中に造影剤が分泌されますので、造影剤投与後 48 時間は授乳を避けてください。

◆ 乳房 MRI 検査を受けられる方のみにお尋ね致します。

6. 最終月経開始日、生理周期を教えてください。

最終月経開始日: _____ 月 _____ 日頃 周期: 約 _____ 日周期 または 不規則

※ その他ご不明な点がございましたら、担当医にご相談下さい。

私は検査の目的、その必要性の説明を受け、理解しましたので今回の 造影 MRI 検査 に同意します。

沢井記念乳腺クリニック 院長 殿

年 _____ 月 _____ 日

説明医師署名: _____

患者氏名: _____

代理人の場合: _____

上記を確認しました。

Cre:

GFR:

確認者 _____

沢井記念乳腺クリニック MRI 検査問診票・同意書

氏名: _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査予約日: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分 検査部位: _____

・予約時間の 30 分前までに総合受付で受付をしてください。

・検査当日、来院時は必ず MRI 検査同意書をご持参ください。

・ご都合が悪くなった場合は、下記まで電話等で連絡して下さい。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール yoyaku@nyusen.com

◆ 下記の質問にお答えください。

1. 体重をご記入ください。..... _____ kg

* 造影剤の使用および検査の適正化のために必要です。

2. 過去に MRI 検査を受けられた経験はありますか? いいえ ・ はい

(_____ 年 _____ 月頃 _____ 病院)

3. 心臓ペースメーカーや人工内耳を使用していますか? いいえ ・ はい

* 検査できません。

4. 手術などで身体の中に金属が入っていますか? いいえ ・ はい

* ある場合は具体的に教えてください。

体内神経刺激装置・脳動脈クリップ・人工関節・心臓人工弁・血管内ステント・塞栓用コイル

避妊用リング・脳室圧可変式シャントバルブ・義眼・事故等による金属片・他(_____)

5. カイロやエレキバン等を使用していますか? いいえ ・ はい

* 検査時はずしていただきます。

6. 入れ歯・補聴器をしていますか? いいえ ・ はい

* 検査時はずしていただきます。

7. 刺青・アートメイクをしていますか? いいえ ・ はい

* 成分により低温火傷、色調変化の可能性があります。

8. 現在コンタクトレンズをしていますか? いいえ ・ はい

* 原則、検査時はずしていただきます。

9. 閉所恐怖症がありますか? いいえ ・ はい

* 直径 60cm、長さ 2m の円筒の中に寝ていただきます。

10. 妊娠の可能性がありますか?(女性の方のみ) いいえ ・ はい ・ わかりません

* 妊娠の可能性がある場合原則検査できません。

※ その他ご不明な点がございましたら、担当医にご相談下さい。

私は検査の目的、その必要性の説明を受け、理解しましたので今回の MRI 検査 に同意します。

沢井記念乳腺クリニック 院長 殿

年 _____ 月 _____ 日

説明医師署名: _____

患者氏名: _____

代理人の場合: _____

上記を確認しました。 確認者 _____

沢井記念乳腺クリニック MRI 検査予約票・説明書

氏名: _____ 様 ID No. _____ 説明医師: _____

検査予約日: _____ 年 _____ 月 _____ 日(_____ 曜日) _____ 時 _____ 分 検査部位: _____

予約時間の30分前までに総合受付で受付をしてください。

※ 予約時間の15分前までに来られない場合、検査開始時間が遅れる場合があります。

検査当日、必ず MRI 検査同意書をご持参ください。ご都合が悪くなった場合は、下記まで電話等で連絡して下さい。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール yoyaku@nyusen.com

検査を行うには以下の説明をお読み頂き、よくご理解いただいた上で別紙検査同意書にサインをして頂く必要があります。

1. MRI 検査と造影剤

◎MRI 検査は強い磁石と電波を使い、身体の内部構造を精密に観察する検査です。放射線被曝はありません。

◎検査ではより正確な診断を行うために静脈内に造影剤を投与して造影検査を行う場合があります。MRI で使用するものはガドリニウム造影剤と呼ばれるものです。これらは安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。また既往症などによっては造影剤を投与できない場合もあります。

※授乳中の方は、お乳の中に造影剤が分泌されますので、造影剤投与後48時間は授乳を避けて下さい。

2. 造影剤の副作用の症状

◎軽い副作用: 動悸、かゆみ、発疹、発赤、吐気、くしゃみ、頭痛等。基本的に治療を要しません。

このような副作用の起こる確率は、約100人につき1人(1%)以下です。

◎重い副作用: けいれん、意識障害、血圧低下、呼吸困難等。このような副作用は、通常は治療が必要で後遺症が残る可能性があります。このような副作用が起こる確率は、約1万人に1人(0.01%)以下です。

非常にまれですが、病状・体質によって、約100万人につき1人(0.0001%)の割合で死亡する場合があります。

3. 造影剤の投与について

経静脈投与になりますので注射があります。静脈には個人差があり、薬剤が血管外に漏れやすい体質の方もおられます。漏れた部位が腫れて、痛みを伴うこともありますが、時間とともに吸収されますので心配ありません。漏れた量が多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

4. お食事について

造影検査の有無に関係なくほとんどの検査は普段通りに食事をとって頂いてかまいません。

腹部検査の一部(MRCP 等)については絶飲絶食が必要な場合があります。担当医の指示に従ってください。

5. MRI 検査を受けられない方 ※次のような方は MRI 検査を受けられませんので、担当医にお知らせください。

◎心臓ペースメーカーや刺激電極、等を身につけている方

◎体内に脳動脈クリップや人工内耳、心臓金属弁を入れている方。血管内ステントを入れた直後の方。

◎妊娠中、または妊娠している可能性のある方

6. MRI 検査を受けられない可能性のある方

次のような方は MRI 検査を受けられないことがありますので、担当医にあらかじめお知らせください。

◎閉所恐怖症の方

◎材質不明な金属を体内に入れている方(検査前に MRI 対応かどうかをご確認下さい。)

◎近年の歯列矯正器具(インプラント等)は MRI 対応の物が多いですが、かかりつけの歯科医に確認いただけていない場合、検査できない場合があります。

◎入れ墨、アートメイクなどをされている方

7. MRI 検査室に持ち込めないもの

◎金属類(時計、メガネ、携帯電話、ライター、ヘアピン、鍵、アクセサリ類、ウィッグなど)、磁気カード類(診察券、キャッシュカード、テレホンカード、クレジットカード、定期券など)、その他の装身具(義歯、補聴器、カイロ、コルセット、エレキバン、カラーコンタクトなど) ※その他、取り外しが可能なものは検査前に外していただきます。

◎化粧品の中には金属を含んでいるものがあります。マスカラやラメの入ったアイシャドウはお控えください。

検査終了後、パウダールームでお化粧直しをしていただけます。

◎ カラーコンタクトレンズは原則外して頂きますので、専用ケースをご持参ください。

◎ ヒートテックなどの機能性衣類や下着を着用しての検査はできません。

