足立乳腺クリニック　MRI 検査問診票・同意書（造影）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　ID No.＿＿＿＿＿＿＿　説明医師：＿＿＿＿＿＿＿＿

検査日時：　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分　検査部位：＿＿＿＿＿＿＿

・検査時間の 30 分前に総合受付へお越しください。

・検査当日、必ず MRI 検査問診票・同意書をご持参ください。
・ご都合が悪くなった場合は、下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

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. 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尋ねします。
   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 24 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にお尋ねします。　月経がありますか・・・・・・・・・ いいえ ・ はい**

6. 最終月経開始日、生理周期を教えて下さい。
   最終月経開始日 ：　　月　　日頃　　周期 ： 約　　日周期　または　不規則

＊検査日が月経開始 7 日目～14 日目でない場合、当日 MRI 検査ができなくなることがあるため該当する方はご連絡ください。

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。

足立乳腺クリニック　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＿＿＿＿＿＿＿＿

足立乳腺クリニック　MRI 検査問診票・同意書（造影）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　ID No.＿＿＿＿＿＿　説明医師：＿＿＿＿＿＿＿＿

検査日時：　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分　検査部位：＿＿＿＿＿＿＿

・検査時間の 30 分前に総合受付へお越しください。

・検査当日、必ず MRI 検査問診票・同意書をご持参ください。

◆ **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
　ティッシュ・エキスパンダー・脳室圧可変式シャントバルブ・義眼・事故等による金属片
　その他（　　　　　　　　　　）
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、**カラーコンタクトレンズ**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ありましたら、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。

足立乳腺クリニック　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＿＿＿＿＿＿

足立乳腺クリニック　MRI 検査予約票・説明書（造影）

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　ID No.＿＿＿＿＿＿　説明医師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査日時：　　年　　月　　日（　　曜日）　　時　　分　検査部位：＿＿＿＿＿＿＿＿

・検査時間の 30 分前に総合受付へお越しください。

・検査当日、必ず MRI 検査問診票・同意書をご持参ください。

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、身体の内部構造を観察する画像診断の検査です。放射線被曝はありません。

◎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います。MRI で使用するのはガドリニウム造影剤です。これ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。また既往歴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 24 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もあります。

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。

4. お食事について

MRI 検査は絶食の必要がありません。ただし腹部 MRCP および骨盤部 MRI の検査前は絶食です。食事の時間および服薬については，担当医の指示に従ってください。（別紙参照）

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、人工内耳、脳脊髄刺激電極、ティッシュ・エキスパンダーを装着されている方。

◎体内にチタン製以外の脳動脈クリップを入れている方。

◎ステントやフィルターやコイルを入れる手術をして直後の方。（2 週間から 1 カ月の経過で検査可能です。）

※その他の体内の金属類や装置がございましたら、担当医にあらかじめお知らせください。

◎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。

◎入れ墨、アートメイクなどをされている方。（やけどの可能性があります。）

◎材質の不明な金属を体内に入れている方。

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、アクセサリー類、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機能性下着を着用しての検査はできません。

8. 小児をお連れになられる場合

1 人でお待ちになれない小児をお連れになっての来院はご遠慮ください。

MRI検査依頼書（足立乳腺クリニック 控）＊貴院控はコピー下さい。

フリガナ	医療機関名
氏名　　男 ・ 女	診療科
T ・ S ・ H　　年　　月　　日　　才	主治医
連絡先電話番号（　　）　　ー	電話　（　　）　　ー

検 査 日 時　　年　　月　　日（　　）　午前 ・ 午後　　時　　分

◎妊　　娠　　：有 ・ 無
◎感　染　症　　：有 ・ 無（HCV･HBS･TPHA　　）
◎ペースメーカー　　：有 ・ 無（機種名　　）
◎付　属　物　　：有 ・ 無　点滴 ・ IVH ・ ドレーン ・ 酸素 ・ その他（　　）
◎体内金属物　　：有 ・ 無　部位（　　）　種類（　　）MRI 検査への影響：有・無

＜造影剤検査の場合＞

◎気管支喘息の既往　　：有 ・ 無
◎造影剤（カドリニウム）アレルギー　　：有 ・ 無
◎腎機能障害　　：有 ・ 無

臨床診断名 ：　　手術歴 ：

現病歴 ：

検査目的 ：

検査部位：　　＜図示･要望事項＞

☐ 頭部
☐ 頚部　　☐ 頚椎
☐ 胸部　　☐ 胸椎
☐ 乳腺
☐ 上腹部　　☐ 腰椎
☐ 骨盤部
☐ 上肢
☐ 下肢
☐ その他（　　）

検査方向
☐ 横　断（Transverse）
☐ 冠状断（Coronal）
☐ 矢状断（Sagittal）

☐ 単純 MRI　　☐ 造影 MRI　　☐ 単純+造影 MRI　　☐ MRA

足立乳腺クリニック