

造影MRI検査説明書

様

頭部 胸部 骨盤 四肢 脊椎 その他()の検査を行います。
造影剤と呼ばれるお薬を使用します。

当日は、再来受付機で受付後、点滴を行いますので、予約時間の **15分前までに放射線科窓口にお越し下さい。**

緊急検査や前処置等の都合で検査開始が若干遅れることもありますので、予めご了承ください。
この検査は、強力な磁気を用いて人体を輪切りにしたような画像を計算して診断に利用します。
そのため金属類は検査の支障になるばかりか、危険なものになりますので、決して検査室に持ち込まないで下さい。

入室時の物品所持に関する確認

下記の物品を所持して入室し、検査を受けられた場合、磁気の影響を受け撮影された画像に歪みを生じたり、その物品自体が使用できなくなります。ご確認ください。

- ・取り外し可能な義歯・補聴器・アクセサリ類・エレキバン・カイロ・化粧品
- ・ヘアピン・時計・財布およびカギ・クレジットカード・キャッシュカード・お守り
- ・テレホンカード・プリペイドカード(バスカード、オレンジカード等)・定期券・携帯電話
- ・ポケットベル・金属のついた下着・刺青(検査ができない場合があります)
- ・ペースメーカー(必ず、お申し出下さい)

(更衣室にロッカーを用意してあります。)

ペースメーカーを装着されている方は、この検査を受けることができません。

また、手術を受けて金属・人工骨頭・クリップなどがある患者様は検査の前に医師にご相談下さい

検査着へ着替えていただきます。着替えやすい服装でお越し下さい。

検査部位にかかわらず、お化粧品・整髪剤は必ず落としてきて下さい。

化粧品の種類によっては金属を含んでいるものがあり、検査の妨げになります。

食事制限があります。

造影剤を使用するため、検査前4時間以内の食事や水分はお控え下さい。

胆のう・骨盤腔以外の部位を撮影する患者様はお飲み物の制限はありませんので、

ご自由におとり下さい。

服用中のお薬は医師の指示がない限り、通常どおり服用して下さい。

妊娠の可能性のある患者様は、担当技師へ必ず申し出て下さい。

検査にお越しになれない場合、予め予約センターまでご連絡下さい。

ご都合がつかず検査を延期又は中止されたい方は、前日までに下記へ連絡して下さい。

なお、診察券の番号を予めお調べになった上で、ご連絡くださいますようお願い致します

乳幼児の場合、検査の時に眠れるように、出来るだけ昼寝はさせないで下さい。

午前中は駐車場が大変混雑いたしますので、交通機関をご利用下さい

車でのお越しの際は、余裕を持ってお早めにお越し下さい。

湘南鎌倉総合病院 TEL:0467-45-8923(直通) 地域連携室:(8:30~16:30)

造影剤を使用するMRI検査に関する説明書

ID:

患者名:

1. 造影MRI検査の目的と方法について

目的: 通常のMRI検査に加え血管や血流の状態をより詳しく診断するために行います。

方法: ガドリニウム系造影剤を 10～20ml 前後(疾患や体格により異なります)腕から静脈注射します。

2. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

MRI用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬と同様に副作用が出現する可能性があります。

投与後すぐ(直後～30分以内)に発生する可能性があります。

嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。(頻度500人～1000人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命にかかわる重篤な症状が出ることもあります。(頻度数万人に1人)

非常に稀に他の薬剤と同様100万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。

*** 異常を感じた場合はお知らせ下さい。**

その他

稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴う事があります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせ下さい。

また、造影剤注入時痛みがある場合は確認いたしますのでお知らせ下さい。

前回の検査時(造影検査)に異常が無くても、今回副作用が出る可能性があります。

3. 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

4. 同意書撤回について

この同意は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

*** 当日は検査 15分前には来院し、同意書は放射線科受付に提出してください。**

*** 検査前 4 時間は飲食しないで下さい。**

副作用出現時連絡先: 湘南鎌倉総合病院(0467-46-1717)救急外来まで

造影 MRI 検査に関する同意書

ID : _____

氏名 : _____

*** 検査当日、同意書は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。**

1. 造影 MRI 検査の目的と方法について

目的：通常の MRI 検査に加え、腫瘍や血管の状態をより詳しく診断するために行います。

2. 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

MRI 用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬と同様に副作用が出現する可能性があります。

軽い症状 嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。
(頻度は 500 人～1000 人に 1 人)

重い症状 意識消失・呼吸困難・血圧低下など生命にかかわる重篤な症状が出る場合があります。
(頻度は数万人に 1 人)

死 亡 非常に稀で、他の一般的な薬剤と同様の割合で起こる可能性があります。
(頻度 100 万人に 1 人)

副作用と思われる症状があれば速やかに病院の方へご連絡下さい。

3. 造影剤を使用する事に対し、注意が必要な患者様 (該当する場合はお申し出下さい)

造影剤の副作用歴のある方

腎臓の機能に重篤な障害がある方

気管支喘息の方

4. 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

5. 同意書撤回について

この同意は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

その他

まれに造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴う事があります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になります。

前回の検査時 (造影検査) に異常が無くても、今回副作用が出る可能性があります。

入院中の同じ検査を繰り返し行う場合は、入院最初の同意書以降、最初に頂いた同意書を有効とします。

その他、気になる事がある方は、医師・看護師・放射線技師までご質問ください。

説明日 :

説明医師 : _____

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解致しました。

私は造影剤の血管内注射に同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

平成 年 月 日 本人氏名 : _____

住所 (_____) 電話番号 (_____)

代筆者・代諾者 氏名 : _____ 患者との続柄 (_____)

住所 (_____) 電話番号 (_____)

湘南鎌倉総合病院院長 殿

同意の意思確認が不可能で、緊急性が優先される場合、担当医の判断により造影剤を使用させていただきます。

担当医 _____