

※質問項目の赤字部分は添付文書上の造影検査禁忌事項になります。

問診の際はご注意いただきますようお願い申し上げます。

※この問診票・同意書は、検査時に必ずご持参ください。

MR

様 才 ケ月 (性別： )

【造影 MRI 検査 問診票】 (1-9 は依頼医師がご記入ください)

1. これまでに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> DIP <input type="checkbox"/> DIC <input type="checkbox"/> 血管造影)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) わかればその造影剤名 ( ) |
|-----------------------------|--|

2. その時、副作用はありましたか ※中等度以上の副作用の場合は禁忌

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり 具体的な症状 ( )<br>わかればその造影剤名 ( ) |
|-----------------------------|--|

3. 気管支喘息と言われたことがありますか ※5年以内に治療歴があれば禁忌

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 5年以内に治療歴あり <input type="checkbox"/> 5年以上無治療、無発作) |
|-----------------------------|---|

4. 現在、腎機能が悪いと言われていますか ※eGFR<30 は原則禁忌

|                              |  |
|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい ( <input type="checkbox"/> eGFR≥45 <input type="checkbox"/> 30≤eGFR<45 <input type="checkbox"/> eGFR<30) |
|------------------------------|--|

5. アレルギー疾患がありますか

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 花粉症<br><input type="checkbox"/> 造影剤以外の薬剤アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
|-----------------------------|--|

6. 血縁者にアレルギー体质の方はおられますか

|                             |                                    |
|-----------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり (続柄： ) |
|-----------------------------|------------------------------------|

7. 現在、妊娠の可能性がありますか (女性の方のみ) ※妊娠中の場合は原則禁忌

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 妊娠中 (約 過) <input type="checkbox"/> 可能性がある |
|-----------------------------|--|

8. 現在、授乳中ですか (女性の方のみ) ※造影剤投与後 48 時間の授乳中止を推奨

|                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
|------------------------------|-----------------------------|

9. その他 (リゾビストを使用する方のみ)

|                             |   |
|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 鉄過剰症または鉄過敏症の診断を受けている方 ※禁忌<br><input type="checkbox"/> 発作性夜間血色素尿症の診断を受けている方<br><input type="checkbox"/> 鉄剤による貧血の治療をされている方 |
|-----------------------------|---|

10. 造影剤量の参考にするため、現在の体重をお書きください kg

【造影 MRI 検査 説明同意書】

大阪医科大学病院病院長 殿

私は造影 MRI 検査を受けるにあたり、説明を受けて検査の目的や危険性について了解しましたので、検査を受けることに同意します。また、副作用や合併症がおこった際の処置を受けることにも同意します。

代諾者又は保護者の場合、患者との関係 (続柄： ) 自署 \_\_\_\_\_

記載日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明日時 年 月 日 説明・同意取得医師：

担当先生のサインも  
必ずご記入ください。

【連絡先】 569-8686 高槻市大学町2-7 (電話番号) 072-683-1221 (代表) から各診療科へご連絡ください。

大阪医科大学病院

2021年4月版

# 検査説明書：造影 MRI 検査を受けられる患者さんへ

(別紙“検査説明書：MRI 検査を受けられる患者さんへ”も併せてお読みください)

## 1. 造影MRI検査とは

“ガドリニウムを含んだ薬剤”を血管内に注射して行うMRI検査です。造影剤を使うことで、病気の状態をより正確に診断することが可能となり、治療方針の決定に役立ちます。腹部の検査では、まれに“鉄分を含んだ薬剤”を用いることがあります。

## 2. 造影 MRI 検査時の注意事項

- ◎ 検査の 3 時間前から絶食してください。水やお茶の制限はありません。検査当日は十分量の水分を摂ってください（水分制限のある方は、主治医にご相談ください）。
- ◎ 服用中のお薬がある方は主治医にご確認ください。
- ◎ 検査の所要時間は 30～60 分程度ですが、検査内容や検査部位などにより異なります。
- ◎ アルコール消毒によって発赤、かゆみなどが出現した経験のある方はお知らせください。
- ◎ 検査中は通報用のブザーをお渡します。何か異常を感じられたら、ブザーを押してお知らせください。担当医もすぐ近くにおりますので、ただちに対処します。当院では万が一の重い副作用に対しても迅速に対応できるように、救急態勢も整えております。
- ◎ 体に入った造影剤は 1 日でほぼ全量が尿として排泄されます。水分制限のない方は、検査終了後に水分を多めに摂ってください。水分制限のある方は、主治医にご相談ください。
- ◎ 【授乳中の方へ】造影剤使用後の授乳制限は必要ないとする提言・ガイドライン（海外）もありますが、当院では造影剤の添付文書に従い、投与後 48 時間は授乳を避けることを推奨しています。

## 3. 造影 MRI 検査で起こりうる合併症

### ① 造影剤による副作用

造影剤が体に合わず、副作用が起こることがあります。主な症状は以下の通りです。ほとんどの副作用は検査中あるいは検査後すぐに発生しますが、ごくまれに数時間から数日後に発生する場合があります。帰宅後に症状が出現した場合は下記連絡先へご連絡ください。ガドリニウム造影剤による副作用発現率は約 0.7%、重篤なものは約 0.0025～0.0052%（19,000～40,000 件に 1 回）とされています。

- ◎ 軽症：限局的なじんましん・発赤、嘔吐など
- ◎ 中等症：広範なじんましん・発赤、喉頭の浮腫、顔面のはれなど
- ◎ 重症：呼吸困難、アナフィラキシーショック、心停止など

病状・体質によっては死亡する場合(約 83 万件に 1 件)もあります。

副作用が起こるかどうかをあらかじめ調べる方法はありません。以前の造影検査で異常が起らなくても、今回の検査で副作用が起こることもあります。また、過去に造影剤による副作用の既往がある方、気管支喘息の方は副作用の発生する頻度が比較的高く、造影できない場合があります。ただし、他の検査で代替できる場合もありますので、主治医にご相談ください。

## ② 重い腎障害に伴う合併症

重い腎障害がある方、特に透析中の方にガドリニウム造影剤を投与した場合、きわめてまれに、腎性全身性線維症(NSF)が起こることがあります。現時点では確立された治療法がないため、予防がきわめて重要です。よって、長期透析中の場合や重い腎障害であると医師が判断した場合は、原則としてガドリニウム造影剤は使用いたしません。

## ③ 点滴漏れ

漏れた造影剤によって注射した部位が腫れることがあります。ほとんどは時間がたてば自然に吸収されますが、ごくまれに処置が必要になる場合があります。

## ④ 静脈穿刺に伴う合併症

- ◎ 血管迷走神経反射；針を刺したときに、血圧が低下し、気分が悪くなる、冷や汗をかく、意識が遠くなるなどの症状が起こることがあります。採血などでこのような経験のある方はお知らせください。緊張をほぐすことで、起こりにくくなるとされています。
- ◎ 青あざ(皮下血腫)；針を刺した部位が青く腫れることがあります。ほとんどは自然に縮小しますが、ごくまれに腫れが大きくなることがあります。血液をサラサラにする薬を内服されている方は、十分な圧迫止血が必要ですので、お知らせください。
- ◎ 神経損傷；非常にまれ（約1万～10万回に1回）ですが、針を刺したときに、近くの神経を損傷することがあります。手指に広がる強い痛みやしびれが起きた場合は、速やかにお知らせください。ごくまれに、後遺症として運動機能が損なわれる場合もあります。針を刺したときの一瞬の“ちくっ”とした痛みは特に心配ありません。

上記①～④をはじめとする合併症が起きた場合は最善の処置を行います。その際の医療は通常の保険

## 4. 同意の撤回なります。

いったん同意書を提出しても、本検査を受けることを撤回することができます。撤回する場合は、その旨を下記までご連絡ください。入院中の場合は担当医師、または担当看護師にお申し出ください。

造影検査の説明に対し十分ご理解された上で、本検査を受けることに同意されましたら、  
別紙の説明同意書にご署名ください。なお、ご同意いただいても、検査担当医の判断で造影剤  
を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

【連絡先】 569-8686 高槻市大学町2-7 大阪医科大学病院  
(電話番号) 072-683-1221 (代表) から各診療科へご連絡ください。

出典)

# 検査説明書：MRI 検査を受けられる患者さんへ

## 1. MRI検査とは

強力な磁石と電波を使って体内の画像を得る検査です。放射線による被ばくがなく、検査の目的に応じてコントラストのよい画像が得られることが特長です。しかし、強い磁石を使うため、MRIならではの制限や注意事項がありますので、以下の説明をよくお読みください。

## 2. 検査を受ける前に

### ◆ 以下に該当する方は検査を受けることができません。

- ◎ ペースメーカー・植込み型除細動器・人工内耳・心外膜ペースワイヤ・生命維持装置が体内にある
- ◎ 仕事・事故・戦争等で、体内に金属片が入っている可能性がある

### ◆ 以下に該当する方は検査を行えない場合があります。

- ◎ 体内に手術などによる人工物がある（依頼科にお問い合わせください）
- ◎ 同じ姿勢を保てない（動きに弱い検査です。検査中は体を動かさないようにしてください）
- ◎ 閉所恐怖症である（直径 50~70 cm くらいのトンネルの中に入って検査します）
- ◎ 妊娠中である（胎児の細胞分裂が盛んな 14 週未満は MRI 検査を極力避けることが望ましいです）

## 3. 検査時の注意事項

### ◆ 安全のために、検査着に着替えて、身につけているアクセサリー、金属類、磁石類はすべて外していただきます。盗難防止のため、必要以上の貴重品は持参しないでください。

### ◆ 金属類や貴重品は検査室内に持ち込めません。以下のものにご注意ください。

時計、携帯電話・スマートフォン等の電子機器、補聴器、ホルター心電図、磁気カード類  
マグネット式義歯、バルーンカテーテルのマグネットキャップ、万歩計、インスリンポンプ<sup>®</sup>  
持続グルコース測定器、ヘアピン、アクセサリー、はずせる入れ歯、かつら、ベルト、コルセット、  
ストーマベルト、金属類のついた衣類・下着、発熱素材の下着、カイロ、湿布、エレキバン、  
金属を含む貼り薬（ニトロダーム TTS など）、小銭（入れ）、鍵、安全ピン、ボールペン、クリップ など

- ◆ 検査の所要時間は 30~60 分程度ですが、検査内容や検査部位などにより異なります。
- ◆ 大きな音がします。ヘッドフォンや耳栓を用意していますが、音を完全に消すことはできません。
- ◆ アイシャドウ・マスカラなどは控えてください。また、カラーコンタクトレンズ・瞳を大きく見せるコンタクトレンズには金属を含む製品がありますので、あらかじめ取り外してください。
- ◆ 刺青・アートメイクは火傷を起こしたり、色あせたりする可能性があります。
- ◆ 検査部位によっては、数秒～20 秒ほど息を止めてもらうことがあります。
- ◆ 検査室に入る前に、問診と金属探知機によるチェックを行います。安全のため、ご協力ください。
- ◆ 検査中は通報用のブザーをお渡しします。気分が悪くなったり、異常を感じたりされましたら、ブザーを押してお知らせください。必要時は検査中も担当者とマイクを通して会話ができます。
- ◆ 胆嚢・膵臓の検査（MRCP）を受ける方は、検査前に MRI 用経口消化管造影剤（250ml）を飲んでいただく場合があります。まれに軟便・下痢などの症状が起こることがあります。通常、特に心配ありませんが、腹痛が強い場合は主治医にご相談ください。