

造影MRIを受けられる方へ

1. 造影MRI検査に使用される造影剤について

この検査では、ガドリニウム造影剤という副作用が少ない薬を使用します。注射をしている部分から入れることで、腫瘍・血管性病変等の診断に役立ちます。この薬は安全な薬剤ですが、副作用が出る場合があります。

2. 副作用について

①軽度・・・吐き気、嘔吐、動悸、かゆみ、蕁麻疹、頭痛 など（500～1000人に1人）

②重度・・・呼吸困難、喘鳴、意識低下 など（数万人に1人）

→重度の副作用は出た場合、治療が必要となります。

また極めて稀ですが、死亡に至った例もあります。（数十万人に1人）

副作用は、検査中に出ることもありますが検査数時間後に症状が出ることもあります。また、以前造影MRI検査で副作用が出ていなくても、今回副作用が出る場合もあります。

3. 検査時の注意

造影剤を注射した部分から入れるとき、違和感を感じることがありますが、数分で治まります。造影剤を入れているとき、稀に血管の外に造影剤が漏れることがあります。

その際、迅速かつ最善の処置を行います。

その他、「気分が悪い」・「息苦しい」など何かありましたらそばにいる看護師や放射線技師にお知らせください。

4. 検査後の注意

造影剤は24時間以内に99%体外に尿として排泄されますので、水分制限のない方は、水分を十分に摂取してください。

5. ガドリニウム造影剤の禁忌について

腎機能障害のある方・重篤な副作用の既往がある方は、重篤な副作用が発生する確率が高く、造影剤を使用できません。

また、eGFR（推算糸球体ろ過値）が30mL/min/1.73m²未満の方はガドリニウム造影剤による腎性全身性線維症（Nephrogenic Systemic Fibrosis:NSF）の出現のリスクが高まるので、造影剤検査ができない場合があります。

6. 授乳中の方へ

授乳中の女性に投与されたヨード造影剤の乳汁に含まれる量は極わずかであり、その極わずかな造影剤が乳児の体内に入る量は0.01%以下であるため、授乳は通常通り継続していただいてもいいですが、不安がある場合は、検査後12～24時間控えてください。

7. その他

そのほか、何かありましたら看護師や放射線課へお問い合わせください。

造影MRI検査問診書・同意書

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。

- なし ⇒ 2の質問にお進み下さい。
あり ⇒ CT検査・MRI検査・血管造影・その他 ()
「あり」と答えられた方へ その時、副作用がありましたか。
なし あり ⇒ 吐き気・おう吐・かゆみ・発疹・くしゃみ・鼻づまり
その他ありましたら、具体的にお書き下さい。()

2. 今までに、ぜんそくと言われたことがありますか。

- なし ⇒ 3の質問にお進み下さい。
あり ⇒ 現在治療中 ・ 5年以上前から出ていない ・ 小児ぜんそく

3. 腎臓が悪いと言われたことがありますか。

- なし ⇒ 4の質問にお進み下さい。
あり ⇒ 病名が分かれば具体的にお書き下さい。()

4. 今まで、薬、注射、食べ物でアレルギーが出たことがありますか。

- なし ⇒ 5の質問にお進み下さい。
あり ⇒ 薬品名や食物等具体的に分かればにお書き下さい。()

5. 過去3ヶ月(程度)以内の血液検査でのe-GFR値又はクレアチニン値をお書き下さい。(検査日)

e-GFR値 () ml/min クレアチニン値 () mg/dl

6. 体重をご記入下さい。 体重 () kg

7. その他、お気づきのことがあれば、お書き下さい。

()

ガドリニウム造影剤を使用することに同意されれば、下の同意書にご署名をお願い致します。
患者さんが未成年や意識障害のある場合は、家族や代理の方でも結構です。造影剤使用に気が進まなければ、得られる情報は減りますが、使用せずに検査を行いますので、主治医と御相談下さい。

令和 年 月 日 紹介医ご署名 _____

貴院名 _____

(検査予定日 令和 年 月 日)

MRI造影剤使用検査の同意書

私は造影剤使用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。

令和 年 月 日 本人のご署名 _____

家族代理の方のご署名 _____ (続柄:)

— 貴院控え及びFAX用 —

福岡青洲会病院 患者支援センター (TEL) 092-939-0070 (FAX) 092-939-0039

造影MRI検査問診書・同意書

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けたことがありますか。

- なし ⇒ 2の質問にお進み下さい。
あり ⇒ CT検査・MRI検査・血管造影・その他 ()
「あり」と答えられた方へ その時、副作用がありましたか。
なし あり ⇒ 吐き気・おう吐・かゆみ・発疹・くしゃみ・鼻づまり
その他ありましたら、具体的にお書き下さい。()

2. 今までに、ぜんそくと言われたことがありますか。

- なし ⇒ 3の質問にお進み下さい。
あり ⇒ 現在治療中 ・ 5年以上前から出ていない ・ 小児ぜんそく

3. 腎臓が悪いと言われたことがありますか。

- なし ⇒ 4の質問にお進み下さい。
あり ⇒ 病名が分かれば具体的にお書き下さい。()

4. 今まで、薬、注射、食べ物でアレルギーが出たことがありますか。

- なし ⇒ 5の質問にお進み下さい。
あり ⇒ 薬品名や食物等具体的に分かればにお書き下さい。()

5. 過去3ヶ月(程度)以内の血液検査でのe-GFR値又はクレアチニン値をお書き下さい。(検査日)

e-GFR値 () ml/min クレアチニン値 () mg/dl

6. 体重をご記入下さい。 体重 () kg

7. その他、お気づきのことがあれば、お書き下さい。

()

ガドリニウム造影剤を使用することに同意されれば、下の同意書にご署名をお願い致します。
患者さんが未成年や意識障害のある場合は、家族や代理の方でも結構です。造影剤使用に気が進まなければ、得られる情報は減りますが、使用せずに検査を行いますので、主治医と御相談下さい。

令和 年 月 日 紹介医ご署名 _____

貴院名 _____

(検査予定日 令和 年 月 日)

MRI造影剤使用検査の同意書

私は造影剤使用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。

令和 年 月 日 本人のご署名 _____

家族代理の方のご署名 _____ (続柄:)

— 患者様控え用 —

福岡青洲会病院 患者支援センター (TEL) 092-939-0070 (FAX) 092-939-0039

(H28 8月 改)

MRI検査の注意事項

・禁忌事項

下記に該当される方は検査を受けることができませんので、必ず主治医にお伝え下さい。
(条件によっては、出来る場合もあります)

- ・体内電子装置装着者（ペースメーカー、埋め込み型除細動器、人口内耳・中耳など）
- ・体内人工物（ステント・コイル・フィルターなど）を挿入して6週間未満の方
- ・極度の閉所恐怖症の方
- ・妊娠（4ヶ月未満）または妊娠の可能性のある方

・注意事項

下記に挙げるものは、故障や火傷、画像への影響を及ぼすことがありますので、検査前に取り外しをお願いします。取り外しが出来ない場合は、検査できない場合があります。

- ・電子機器（補聴器、携帯電話、時計など）
- ・金属類（入れ歯、コルセット、アクセサリ類など）
- ・その他（湿布、エレキバン、カイロ、貼り薬、防寒下着など）

・その他の注意事項

検査部位に関わらず、金属を含む化粧（アイシャドーやネイルなど）は落として来て下さい。火傷や画像への影響を及ぼすことがありますので、ご協力をお願いします。また、刺青等のアートメイクも変色や火傷の原因となることがありますので、同意を頂いての検査となることをご了承下さい。

上記の注意事項を基に問診の記入をお願いします。

MR I 検査問診書

MRI検査は強力な磁石でできた筒の中に入り、磁気
の力を利用して体の臓器や血管を撮影する検査で
す。その為、体内に金属物がある患者さんなど、検
査できない場合がありますので、問診をさせていた
だきます。また、安全のため検査着に着替えて頂き
ますのでご了承下さい。検査時間は30分程度です。

検査日： 令和 年 月 日

氏名： _____ 性別： _____

安全に検査を受けていただく為に、該当する項目にチェックして下さい。

1) ペースメーカーを装着してありますか？

はい いいえ

※『はい』の場合 ペースメーカーは3T (テスラ) 対応ですか？

はい いいえ

2) 人工内耳・中耳、埋め込み型除細動器などの体内電子装置を装着してありますか？

はい いいえ

3) 体内に金属物や人工物がありますか？。

はい いいえ ※『はい』の場合下記の項目で当てはまるものがあればチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 圧可変式シャントバブル	<input type="checkbox"/> 陰茎用埋込物や子宮内避妊具
<input type="checkbox"/> 血管内ステント・コイル・フィルター	<input type="checkbox"/> 脳室シャント	<input type="checkbox"/> 歯科矯正用ブレース
<input type="checkbox"/> 人工心臓弁	<input type="checkbox"/> 腎シャント	<input type="checkbox"/> インプラント
<input type="checkbox"/> 金属の縫合ワイヤー	<input type="checkbox"/> 埋込型の薬剤ポンプ	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 人工関節・人工骨頭	<input type="checkbox"/> 脳・神経・骨刺激装置	()
<input type="checkbox"/> 骨接合用ネジ・ピン	<input type="checkbox"/> 義眼・義肢・義足	()

★チェックした項目の施術時期 (年頃)

4) 事故や戦争で体内や眼内に金属粉塵の残存がありますか？

はい いいえ

5) 治療針を受けられたことがありますか？

はい いいえ

6) 身体に刺青をされていますか？

はい いいえ

7) 閉所恐怖症ですか？

はい いいえ

8) 装着品・装備品があれば、チェックまたは○で囲んでください。(原則、検査前にはずして頂きます)

<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 義歯 (入れ歯等のはずせるもの)	<input type="checkbox"/> アクセサリー (ネックレス・ピアス・指輪等)
<input type="checkbox"/> カツラ	<input type="checkbox"/> 湿布、カイロ、エレキバン等	<input type="checkbox"/> 貼り薬 (ニトロゲーム、ニコチネル等)
<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> コルセット	<input type="checkbox"/> 防寒下着 (ヒートテック等)	()

9) 妊娠または妊娠の可能性がありますか？ (女性の方のみ)

はい いいえ

11) 検査に必要ですので、体重をご記入ください。

12) その他 (お気づきのことがあれば、お書きください)

_____ kg

()

MR I 検査の同意

私はMRI検査に関する概要と禁止事項の理解ができましたので、MRI検査を受けることに同意します
(この同意は、検査施行までならいつでも撤回できます)

令和 年 月 日

ご本人又は、代理の方のご署名 _____ (続柄:)

貴院名 _____

— 貴院控え及びFAX用 —

福岡青洲会病院 患者支援センター (TEL) 092-939-0070 (FAX) 092-939-0039

MR I 検査問診書

MRI検査は強力な磁石でできた筒の中に入り、磁気
の力を利用して体の臓器や血管を撮影する検査で
す。その為、体内に金属物がある患者さんなど、検
査できない場合がありますので、問診をさせていた
だきます。また、安全のため検査着に着替えて頂き
ますのでご了承下さい。検査時間は30分程度です。

検査日： 令和 年 月 日

氏名： 性別：

安全に検査を受けていただく為に、該当する項目にチェックして下さい。

1) ペースメーカーを装着してありますか？

はい いいえ

※『はい』の場合 ペースメーカーは3T (テスラ) 対応ですか？

はい いいえ

2) 人工内耳・中耳、埋め込み型除細動器などの体内電子装置を装着してありますか？

はい いいえ

3) 体内に金属物や人工物がありますか？。

はい いいえ ※『はい』の場合下記の項目で当てはまるものがあればチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 圧可変式シャントバブル	<input type="checkbox"/> 陰茎用埋込物や子宮内避妊具
<input type="checkbox"/> 血管内ステント・コイル・フィルター	<input type="checkbox"/> 脳室シャント	<input type="checkbox"/> 歯科矯正用ブレース
<input type="checkbox"/> 人工心臓弁	<input type="checkbox"/> 腎シャント	<input type="checkbox"/> インプラント
<input type="checkbox"/> 金属の縫合ワイヤー	<input type="checkbox"/> 埋込型の薬剤ポンプ	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 人工関節・人工骨頭	<input type="checkbox"/> 脳・神経・骨刺激装置	()
<input type="checkbox"/> 骨接合用ネジ・ピン	<input type="checkbox"/> 義眼・義肢・義足	()

★チェックした項目の施術時期 (年頃)

4) 事故や戦争で体内や眼内に金属粉塵の残存がありますか？

はい いいえ

5) 治療針を受けられたことがありますか？

はい いいえ

6) 身体に刺青をされていますか？

はい いいえ

7) 閉所恐怖症ですか？

はい いいえ

8) 装着品・装備品があれば、チェックまたは○で囲んでください。(原則、検査前にはずして頂きます)

<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 義歯 (入れ歯等のはずせるもの)	<input type="checkbox"/> アクセサリー (ネックレス・ピアス・指輪等)
<input type="checkbox"/> カツラ	<input type="checkbox"/> 湿布、カイロ、エレキバン等	<input type="checkbox"/> 貼り薬 (ニトロゲーム、ニコチネル等)
<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> コルセット	<input type="checkbox"/> 防寒下着 (ヒートテック等)	()

9) 妊娠または妊娠の可能性がありますか？ (女性の方のみ)

はい いいえ

11) 検査に必要ですので、体重をご記入ください。

12) その他 (お気づきのことがあれば、お書きください)

_____ kg

()

MR I 検査の同意

私はMRI検査に関する概要と禁止事項の理解ができましたので、MRI検査を受けることに同意します
(この同意は、検査施行までならいつでも撤回できます)

令和 年 月 日

ご本人又は、代理の方のご署名 (続柄：)

貴院名 _____

— 患者様控え用 —

福岡青洲会病院 患者支援センター (TEL) 092-939-0070 (FAX) 092-939-0039

(H28 8月 改)