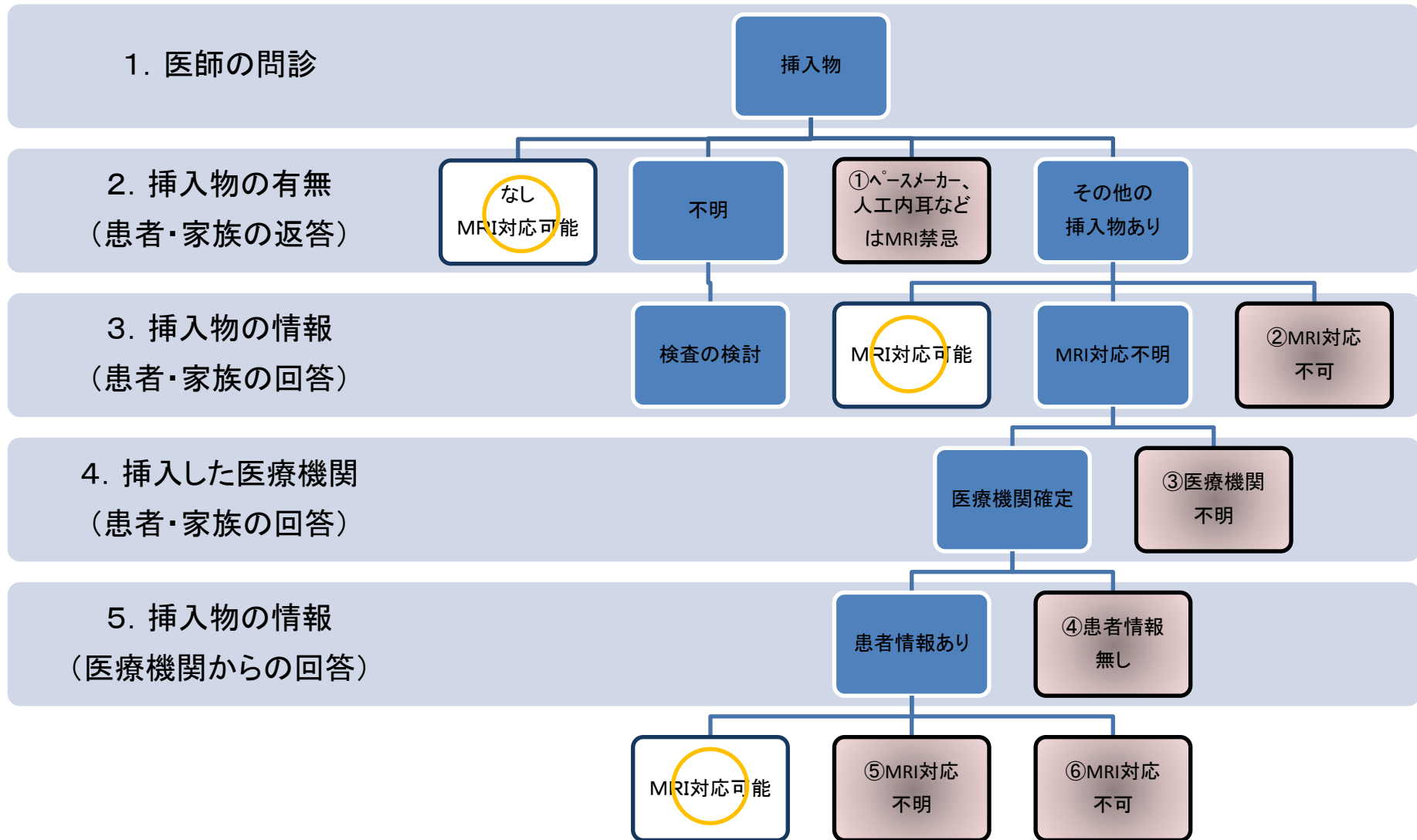


MRI検査の判定フロー ①～⑥はMRI撮影中止



当院の脳神経外科、整形外科で手術の実績がある場合はMRI検査前に当該科医師に確認すること。

循環器内科で冠動脈治療(PCI)を行いステントが留置されている場合、翌日よりMRI検査は可能。当該科医師への確認は不要。

県立西宮病院 MRI(磁気共鳴画像診断) 診療情報確認書

患者様の安全確保のため、MRI 検査が可能であることをご確認の上、ご依頼くださいますようお願いいたします。

患者様ご氏名 _____

検査予約日時 _____

◎体内に以下のような金属がある場合は、**MRI 検査ができません。**

心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	※ ありの場合は <u>検査できません</u> (MRI 対応も不可)
神経刺激装置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
人工内耳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
その他の体内電子機器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
けがや事故等による体内金属片	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	

◎体内に以下のような金属がある場合は、**MRI (1.5T) 対応 であるか ご確認ください。** 体内金属ありで **確認済みにチェックが無い場合は検査できません。**

脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	※ ありの場合は、 MRI(1.5T)対応 をご確認の上、 下記にチェック をお願いします。 <u>□ MRI 可 確認済</u>
人工関節・人工骨頭 脊椎固定・骨折部固定 (髄内釘など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
心臓や血管内の金属類 (ステント、コイル、 静脈フィルター、リード線)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
その他体内金属 (_____) 例: VP シヤント・消化管止血用クリップ・美容用金糸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
義眼 (磁石式など検査できないものがあります)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
歯科用インプラント・歯列矯正	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	

○検査や前処置に関連する項目についてご記入ください

閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (MRI 検査歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
入れ墨・アートメイク	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 発熱や変色の可能性をご理解の上お受けください		
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 器官形成期を避け、原則 14 週以降に検査しています		
授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 造影剤使用后 24 時間は授乳をお控えてください		
気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 成人発症の喘息は造影原則禁忌 (小児期に治癒は可)		
腎機能の低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 透析患者や eGFR 30 未満の腎機能障害は造影禁忌		
鉄アレルギー・鉄過敏感症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
緑内障	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
前立腺肥大	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
腹部・骨盤部の検査の場合は、以下のいずれかを選択してください。 ⇒ 前処置薬(消化管蠕動抑制剤)の使用 不可 ・ ブスコパン可 ・ グルカゴン可			

医療機関名 _____

医師名 _____

ご記入もれがありますと検査が実施できない場合があります。
ご不明点がございましたら下記までお問い合わせください。

造影 MRI 検査承認書

今回の検査は、造影剤を使用します。

造影検査の利点は、病気の状態を一層はっきりさせることです。造影剤には副作用が起こる可能性がありますが、万が一副作用が現れた場合には、すぐに医師・看護師などが対応できる万全な準備態勢のもとに検査を実施しますのでご安心ください。

喘息などのアレルギー歴のある方や、以前の検査で副作用があった方は副作用が出やすくなります。

また、腎臓の機能が悪い方はさらに悪化させることがあります。

以下の質問にお答えください。

- | | |
|------------------|----------|
| 1) 喘息・花粉症等のアレルギー | (有・無・不明) |
| 2) 腎臓が悪いと言われた事が | (有・無・不明) |
| 3) 以前の造影検査で副作用が | (有・無・不明) |

造影剤の副作用についてご説明します。

- 1 軽いものを含めると 100 人に 1 人ほどの方になんらかの副作用が現れます。
- 2 軽度の副作用には吐き気・不快感・蕁麻疹やかゆみ、くしゃみなどの一時的な症状があります。
- 3 治療を要する重篤な副作用では、血圧低下・呼吸困難・喘息発作が見られます。
- 4 点滴開始後 30 分程度で症状が出るものがほとんどです。まれに検査後時間がたってから (1 時間～数日後) 吐き気や頭痛、発疹、かゆみなどがでることがあります。(遅発性副作用)
万一、帰宅後にそのような症状が現れた場合にはご連絡ください。

以上のように造影剤による副作用の危険を考慮しても造影検査が必要になるのは、造影検査により明確な画像診断が可能になり、病気を更に的確に診断し、正確かつ最良の治療方針をたてるために役立つと判断されるからです。造影剤の必要性を十分にご理解いただいた上で検査にご同意いただければ、ご署名をお願いいたします。

_____ 病院・医院の _____ 医師から造影検査に際し、造影剤使用の必要性および使用により起こりうる合併症について説明を受けました。そして、この検査が治療上必要である事を理解し、この検査を受けることを了解しました。

兵庫県立西宮病院長 様

年 月 日

患者様ご署名 _____