

＝ 造影MRI検査のチェックリスト・同意書 ＝

※検査前にクレアチニン値を測定し、点線より下の部分もご記入ください

患者氏名_____

造影MRI検査予定:H____年____月____日 午前/午後____時____分

<< 問診およびチェックリスト >>

1. 今までに造影剤(注射)を用いたMRI検査をしたことがありますか? ない ある
2. そのとき副作用がありましたか? ない ある
(「ある」の場合:症状を詳しく_____)
3. 気管支喘息といわれたことがありますか? ない ある
4. 重篤な肝機能障害または腎機能障害がありますか? ない ある
5. 脱水症状など一般状態が極度に悪いですか? ない ある
6. 食べ物や薬品などでアレルギーがおこったことがありますか? ない ある
(「ある」の場合:その品名と症状を詳しく_____)
7. 体内に金属や電子機器(心臓ペースメーカーなど)が入っていますか? ない ある

<< 説明書(ガドリニウム造影剤使用の必要性と副作用) >>

1. あなたの病気の存在または状態を明らかにし、治療方針を決めるためにガドリニウム造影剤という検査薬を使用した造影MRI検査がぜひ必要です。
2. ガドリニウム造影剤は安全な薬ですが、体調や体質によって検査中および検査後数日の間に一時的な副作用の症状(頭痛、おう吐、蕁麻疹など) の出ることがあります(100 人に数人)
3. まれに症状により処置が必要なことや、呼吸困難、ショックなど緊急処置の必要な症状の出る場合もあります(10万人に1人以下)。そのため担当医は常に万全の対応を整えていますのでご安心ください。

平成____年____月____日 主治医署名_____

<< ガドリニウム造影剤使用同意書 >>

協立病院 病院長 殿

私は、造影剤使用の必要性と副作用などについて説明を受け、十分理解しましたのでガドリニウム造影MRI検査に同意します。

平成____年____月____日 患者(または代理人)署名_____

<< 外来患者様へ >>

1. 検査の当日は午前の検査は朝絶食(飲水可)、午後の検査は昼絶食(飲水可)としていただき、検査開始予定の15分前までに_____科外来受付へお越しください。
2. MRIは磁気を使った検査です。
身につけている金属類、磁気カードなどは検査室に持ち込めませんのでご注意ください
3. 帰宅後数日の間に蕁麻疹やむくみなどの副作用がまれに起こることがあります。そのような時は来院されるか、電話連絡をお願いします。 【 協立病院 TEL:072-844-5181 】

.....
年齢(歳) GFR() 該当枠に☑!

☆年齢・・・ 85歳以上 84歳以下 ☆GFR・・・ 0~29 30~59 60~
× ×

※原則として85歳以上またはGFR29以下の方に対し、造影MRI検査は行いません。ただし例外として主治医の判断により主治医の立会いのもとで実施する場合があります。