

MRI検査 造影CT(DIC、心臓CTを含む)検査確認票

患者氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者様に安全に検査を行うため、以下の点についての確認をお願いします

●MRIチェック項目

- ・次の医療機器を使用されている場合は、当センターでMRI検査ができません 該当なし
ICD(植込型除細動器)、神経刺激装置、骨成長刺激装置
- ・次の医療機器を使用されている場合は対応可能であれば当センターで検査できます
(対応条件を調べる必要がありますので予約確定まで時間を要します)
 心臓ペースメーカー(ループレコーダーを含む) 人工内耳 → 該当なし
- 心臓ペースメーカー(ループレコーダーを含む)を使用されている場合は下記の情報提供をお願いします
植込施設(当センター 他施設)
- ★他施設で植込をされた場合は、ペースメーカーカードのコピーをFAXしてください。

検査当日はペースメーカー手帳、カードを持参下さい。忘れた場合はMRI検査できません。

※ 単純MRCP検査、造影MRI検査依頼の場合は下記の確認もお願いします

造影MRI検査・・・MRI用造影剤(ガドリニウム製剤、超常磁性酸化鉄製剤、経口消化管造影剤)は、稀に下記の副作用が発現します。当日、造影剤使用の同意書を頂きます。造影剤使用に伴う副作用の説明をお願いします。

MRI用造影剤(ガドリニウム製剤、超常磁性酸化鉄製剤、経口消化管造影剤)副作用

- ・軽い副作用(頻度3.09%)
ガドリニウム製剤(0.5～1%):熱感、嘔気、発疹、くしゃみ、咳、のどの違和感、頭痛など
超常磁性酸化鉄製剤(2.8%):上記に加えて腰痛や背部痛
経口消化管造影剤(0.9%):軟便、下痢、腹痛、腹鳴、血清鉄低下など
- ・重い副作用(ガドリニウム製剤:0.0053%)
呼吸困難、急激な血圧低下、不整脈、腎性全身性線維症など(極めて稀に死亡例の報告あり)

MRIチェック項目の確認および上記副作用に関する説明をしました

●造影CTチェック項目(心臓CT、DICを含む) ※ 心臓CTの場合は続けて[心臓CTチェック項目]もご確認ください。

- ・過去に造影剤の使用はありますか? はい いいえ
- ・血清クレアチニン _____ mg/dl(月 _____ 日測定 未測定)
- ・現在、メホルミン(メグルコ等)の使用はありますか? あり なし

造影CT検査・・・X線検査用ヨード造影剤は、稀に下記の副作用が発現します。当日、造影剤使用の同意書を頂きます。造影剤使用に伴う副作用の説明をお願いします。

ヨード造影剤副作用

- ・軽い副作用(頻度3.09%):熱感、嘔気、嘔吐、蕁麻疹、発疹、くしゃみ、咳、喉の違和感、頭痛など
- ・重い副作用(頻度0.04～0.4%):呼吸困難、急激な血圧低下、不整脈、意識消失、腎機能障害、腎不全など(極めて稀に死亡例も報告されています)
- ・遅発性副作用(投与1時間後～数日 頻度0.4%～4.6%):頭痛、吐き気、めまい、発疹など

造影CTチェック項目の確認および上記副作用に関する説明をしました

●心臓CTチェック項目

- ・ニトログリセリンスプレーの使用は可能ですか?
 可 不可(重症大動脈弁狭窄症 閉塞性肥大型心筋症 低血圧 その他())
- ・冠危険因子はありますか? なし 高血圧 糖尿病 脂質異常症 喘息 喫煙
- ・次の場合は、造影剤を使用できないので心臓CT検査ができません → すべて該当なし
・過去に造影剤でアレルギーが出た方
・高度腎不全の方

心臓CTチェック項目の確認をしました

〈 確認・説明者署名 〉 _____

〈 確認日 〉 _____

_____ 年 _____ 月 _____ 日