

## 検査説明書 (FAX 検査予約用)

検査名 造影 MRI 検査

20 年 月 日

検査について説明致しますが、分からぬことがあります  
ありましたらご遠慮なくご質問下さい。

1. **検査目的** : 病巣の有無、部位、性状などについて詳しく調べ、適切な治療を行うために施行します。
2. **検査方法** : 装置の寝台に通常は仰向けに寝た状態で撮影します。撮影中は静止し、息止めが必要です。目的とする体の部分の断面図が数 mm から 1cm 間隔で撮影されます。造影検査は、撮影に応じて造影剤を静脈内に注入して検査を行います。
3. **検査前後の注意** : 飲食は通常通りなさってください。定時の薬は服用して頂いて結構です。検査後は、水分を多く取って尿を早めに出した方が良いと言われています。(水分制限されている方は指示に従ってください。)
4. **造影検査に伴う合併症について** : MRI 造影剤は、多くの場合人体に無害です。しかし稀に副作用の見られることがあります。治療が不要な軽症の副作用は 100 人に 1 人から 2 人に認められ、熱感、かゆみ、不快感、嘔吐などの症状が出ることがあります。重症の副作用は数万人に 1 人認められ、ショック症状、血圧低下、呼吸困難、腎不全等が出現することがあります。非常にまれですが、死亡例も報告されています。また、まれに検査終了後数時間から数日後に体がだるい、頭痛、じんま疹などがでることがあり、症状があれば、受診をお願いいたします。  
また、勢いよく造影剤を注射する場合には、血管外に造影剤が漏れることができます。その部位が腫れて痛みを伴うこともあります。通常は時間がたてば吸収されて心配ありません。まれに漏れた量が多い場合は別の処置が必要となることがあります。

※造影検査前問診票 : 『はい』か『いいえ』にチェックをしてください。 ( ) に必要事項を記入してください。

- |  |  |
|--|--|
| 1)今までに造影剤を使用する検査を受けたことがありますか？<br>→「はい」と答えた方、その時副作用はありましたか？ | <input type="checkbox"/> はい      (症状は ) <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2)気管支喘息と言わされたことがありますか？                                     | <input type="checkbox"/> はい      (種類は ) <input type="checkbox"/> いいえ |
| 3)アレルギー体質(薬、食物、花粉症、アトピー)ですか？                               | <input type="checkbox"/> はい      (病名は ) <input type="checkbox"/> いいえ |
| 4)心臓、腎臓の病気はありますか？  | <input type="checkbox"/> はい      ( ) <input type="checkbox"/> いいえ    |

万一合併症が起きた場合は、万全の対応をいたしますが、入院・手術を要する事もあります。

松戸市立総合医療センター 放射線科 医師名 \_\_\_\_\_ 印

紹介元 \_\_\_\_\_ 医療機関名 \_\_\_\_\_ 医師名 \_\_\_\_\_ 印

## 検査同意書

年 月 日 生

私 \_\_\_\_\_ は、上記検査について担当医師から十分な説明を受け、  
その内容及び危険性について理解しましたので、検査の実施に

 同意します 同意しません

20 年 月 日

患者様氏名 \_\_\_\_\_

立会人氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 )