

医療者用 MRI チェックリスト（検査後カルテ貼付）

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ID _____ 患者氏名 _____

身長 _____ cm 体重 _____ kg（検査に必須）

1) 体内・外に以下のような医療による金属類、機械、人工物はありますか？

心臓ペースメーカ、植込み型除細動器	いいえ・はい	※“はい”の場合検査不可
人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	いいえ・はい	※“はい”の場合検査不可
脊柱管内リード線、脊髄刺激装置	いいえ・はい	※“はい”の場合検査不可
脳動脈瘤クリップ	いいえ・はい	（手術 _____ 年頃）
心臓や血管内の金属類、人工物 （リード線・コイル・ステント・人工血管・フィルターなど）	いいえ・はい	
人工心臓弁	いいえ・はい	（手術 _____ 年頃）
圧可変式バルブシャント	いいえ・はい	
消化管止血クリップ・マーキングクリップ	いいえ・はい	
人工骨頭・人工関節・プレート・釘など整形外科手術金属	いいえ・はい	（部位 _____）
胆道、食道、気管などの金属ステント	いいえ・はい	（部位 _____）
持続血糖測定装置・インスリンポンプ	いいえ・はい	※“はい”の場合本体は取り外す

2) 体内に外傷による金属片（鉄片や銃弾破片など）がありますか？

いいえ・はい

3) 妊娠または妊娠の可能性がありますか（女性のみ）？

いいえ・はい

確認日 _____

4) 閉所恐怖症ですか？

いいえ・はい

確認者 _____

5) ①外来からの案内時もしくは病棟出棟時、および②MRI 室に来室時に以下の金属類や人工物がないか 看護師・技師でダブルチェック確認をしてください（①□は看護部②○は放射線科）

- 入れ歯 ○補聴器 ○装飾品（メガネ・腕時計・ヘアピン・ネックレス・ピアス・指輪）
○ペースメーカ・ICD ○磁気カード ○鍵・硬貨 ○コルセット ○カラーコンタクト
○貼り薬・エレキバン・カイロ ○カツラ・ウィッグ ○増毛パウダー・スプレー（洗髪が必要）
○刺青・タトゥー ○杖・義手・義足 ○その他（ _____ ）

検査当日 看護部確認者

6) 患者入室時、医療従事者自身の磁性体や以下の備品の持ち込みがあるか？

いいえ・はい

- ストレッチャー ○車イス ○点滴台 ○輸液・シリンジポンプ ○酸素ボンベ

7) その他検査時の指示・注意点など（SpO2 監視の要・不要や術歴詳細など）

特になし

あり（ _____ ）

放射線科 確認者

造影剤を用いた CT・MRI 等の検査を受ける方へ

以下の説明をよくお読みいただき、別紙『**造影剤検査同意書**』に必要事項をご記入ください

1. 造影剤を用いた検査について

造影剤とは、経血管的・経口的等に体内に投与されることによりおこる画像上の変化（病気やからだの写り方）を見て、より詳しく調べるために用いられる検査薬です。これにより造影剤を使用しない場合と比べてより多くの診断上重要な情報を得ることができます。

体内に取り込まれた造影剤は、経血管的投与の場合、健常な方であれば 24 時間で約 100%尿から排泄されます。造影剤には体に直接作用する薬理作用はありませんが、お身体の具合によっては下記 2. に説明するような副作用が出現することがあります。

2. 造影剤の副作用と合併症について

① 造影剤の漏れ

造影剤を急速に注入することにより、血管外（皮下）に漏れる場合があります。この場合、注射部位が腫れて痛みを感じることがありますので、直ちにお知らせください。一般的には数日以内に吸収されます。極めて稀に手のしびれや皮膚の変色を伴うことがあり、別に処置が必要になることもあります。

② 造影剤による副作用

造影剤は安全な薬剤ですが、稀に副作用が起こることもあります。副作用には以下のようなものがあります。

i. 急性副作用：検査中や検査直後の早い時期におこる副作用

[軽症] 吐き気、嘔吐、じんま疹、発疹など（3%以下）

副作用の多くは一時的なものでそれほど心配はいりませんが、投薬、注射で回復させる場合もあります。

[重症] 血圧低下、呼吸困難、意識消失など（CTで 0.004%、MRIで 0.0065%）

この場合は点滴、昇圧剤、抗アレルギー薬などの治療が必要です。

極めて稀ですが、症状・体質によっては、死亡に至る場合もあります。

（CTで 0.0003%・約 30 万人に 1 人、MRIで 0.0001%・約 100 万人に 1 人）

ii. 遅発性副作用：検査数時間後～1週間後くらいにおこる副作用

発疹などの症状がでることがありますが多くは軽症の副作用です。

iii. 造影剤を起因とするその他の疾患

造影剤の影響により発症する疾患として、CTなどに使用されるヨード造影剤では造影剤腎症の発症が、MRIに使用される造影剤では腎性全身性繊維症の発症が報告されています。造影剤腎症はヨード造影剤投与後の急性腎障害でほとんどはその後回復する可逆的な疾患です。また腎性全身性繊維

症は皮膚の肥厚や関節の可動域低下を伴い、症状（繊維化）が全身臓器に及ぶこともある疾患です。どちらも腎機能が低下した方が造影剤検査を受けた場合に優位におこる稀な疾患で最悪の場合死亡に至る例も報告されています。このような疾患を防ぐために、**事前に採血を行い**、腎機能を評価した上で造影剤検査の可否を決定します。

3. 緊急時の対応について

副作用や合併症が生じた場合には最善の対処をいたします。検査中に注射部位の痛み、体調不良などを感じた場合には直ちにお知らせ下さい。検査室には必要な医薬品や救急用の設備も用意してあります。場合によっては入院のうえ治療が必要になる事もあります。

4. 検査前に教えていただきたいこと

現在のところ、副作用の発生を予見できる確実な方法はありません。但し**アレルギー（特に喘息）、心臓病、腎臓病、糖尿病、造影剤で副作用を経験したことのある方**は、あらかじめかかりつけ医にお知らせ下さい。その際には再度造影剤の使用について慎重に検討いたします。又、当日体調の悪い方は検査担当者（かかりつけ医、看護師、放射線技師）にお知らせ下さい。

5. 検査のための手順

検査の為に、食事などの制限はありませんが、腹部検査の場合には検査前の食事を控えてもらう場合があります。また、一部の糖尿病薬を内服中の方について、造影剤との併用でおこりうる疾患を考慮して検査日の前後 2 日間程度休薬してもらうことがあります。ご不明の場合、かかりつけ医にご相談ください。

6. 検査後について

検査後は特に制限はありませんが、造影剤を使用された方で水分制限されていない方はいつもより多めに水分をおとり下さい。検査後に体調が悪くなった場合には時間を問わず当院にご連絡ください。場合によっては当院での診察が必要となる場合があります。

7. 同意書の撤回について

造影剤検査に同意された場合でも、当日の体調不良や検査を受けたくなくなったときは検査前であればいつでも同意を撤回することができます。

 **新潟厚生連 小千谷総合病院**

新潟県小千谷市大字平沢新田 111 番地

TEL 0258-81-1600 FAX 0258-81-1601

造影剤使用についての問診票

記入日 20 年 月 日

氏名 _____ 代理記入者 (氏名 _____ 続柄 _____)

身長 _____ cm 体重 _____ kg

今回の検査では造影剤を使用して検査を行います。造影剤の副作用（別紙説明あり）リスクを事前に知り安全に検査をするために以下の質問にお答えください

1. 検査歴とその時の副作用についてお聞きします

- 造影剤を使用して検査を受けたことがありますか？ なし あり わからない
 “あり”と答えた方、その時帰宅後も含めて何か異常はありましたか？
なし あり
 > 何の検査で起こりましたか？ (CT ・ MRI ・ その他 _____)
 > どのような症状でしたか？
吐き気 嘔吐 かゆみ 湿疹 紅潮 くしゃみ 咳
血圧低下 意識消失 呼吸困難 その他 (_____)

2. アレルギーについてお聞きします

- お薬や食べ物でアレルギーが出たことはありますか？ なし あり
 (食べ物 _____ お薬 _____)
- 花粉症やアトピー性皮膚炎などがありますか？ なし あり
 (花粉症 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎)

3. 以下の疾患についてお聞きします

- 気管支ぜんそくと診断されたことはありますか？ なし あり (治療中 ・ 治療していない)
- 腎臓の病気や機能が悪いと言われたことがありますか？ なし あり (病名 _____ 透析中)
- 心臓病と診断されたことはありますか？ なし あり (病名 _____)
- 甲状腺の病気と診断されたことはありますか？ なし あり (病名 _____)
- 糖尿病と診断されたことがありますか？ なし あり (薬名 _____)
 ※薬剤名がわからない場合、お薬の写真があります。ご参照ください
- その他、以下の疾患と診断されたことがありますか？ なし あり
 (褐色細胞腫 ・ 多発性骨髄腫 ・ マクロブリン血症 ・ テタニー)

4. 妊娠、授乳について女性の方のみお答えください

- 現在、妊娠している、またはその可能性はありますか？ いいえ はい
- 現在、授乳中ですか？ いいえ はい

造影剤使用同意書

小千谷総合病院 病院長 殿

私は、今回 20 年 月 日予定の CT・MRI・血管造影・その他() 検査において造影剤使用について、別紙説明にもとづき、依頼医師より説明を受け質問する機会を得ました。造影剤の必要性やその副作用について理解した上で以下のように回答いたします。

医師の判断により検査で造影剤の使用が必要とされた場合

下記1.または2.のいずれかを○で囲みご署名ください

1. 造影剤を使用することに同意します

予期せぬ事態の際に救急処置が適宜行われることにも同意します

2. 造影剤を使用することに同意しません

造影剤を使用しないことにより診断の精度が低くなることも理解しました

20 年 月 日

本人氏名 _____

代理人氏名 _____

(続柄 _____)

医師記入欄

■ 直近（検査前3ヶ月以内）の eGFR 値 mL/min/1.73 m²※または CRE 値 mg/dL※ 人工透析中にて測定不問 測定日 20 年 月 日

■ ヨード造影剤使用時のビグアナイド系糖尿病薬の休薬指示

(月 日から 月 日まで休薬・休薬無し)

以上、造影剤による副作用の可能性を考慮した上で、正確な診断のために造影剤の使用を必要と判断します。また、造影剤の使用について患者様に説明し同意書と問診の内容を確認しました。

■ 禁食指示（なし・あり） 月 日（朝食・昼食）20 年 月 日

※記載のない場合は造影剤を使用できません

医師名 _____

印 _____

検査施行者記入欄

指示確認

 休薬指示 禁食指示

問診での該当項目

 なし あり (医師に確認の上、検査実施 造影検査中止 検査のすべてを中止)

検査時の副作用

 なし あり (副作用の種類: _____)検査施行日 20 年 月 日

放射線技師名 _____

看護師名 _____

造影剤使用同意書

小千谷総合病院 病院長 殿

私は、今回 20 年 月 日予定の CT・MRI・血管造影・その他（ ） 検査
において造影剤使用について、別紙説明にもとづき、依頼医師より説明を受け質問する機会を得ました。造影剤の必要性やその副作用について理解した上で以下のように回答いたします。
医師の判断により検査で造影剤の使用が必要とされた場合

下記1.または2.のいずれかを○で囲みご署名ください

1. 造影剤を使用することに同意します

予期せぬ事態の際に救急処置が適宜行われることにも同意します

2. 造影剤を使用することに同意しません

造影剤を使用しないことにより診断の精度が低くなることも理解しました

20 年 月 日

本人氏名 _____

代理人氏名 _____

(続柄 _____)

医師記入欄

以上、造影剤による副作用の可能性を考慮した上で、正確な診断のために造影剤の使用を必要と判断
します。また、造影剤の使用について患者様に説明し同意書と問診の内容を確認しました。

20 年 月 日

医師名 _____

印 _____