

## 造影検査（CT・MRIなど）を受けられる方へ

この度のCT・MRIなどの検査では、造影剤という薬の使用（血管内注射）が予定されています。

造影剤は体の中をより鮮明に写し出し、詳しい検査をするために必要な薬です。また、病気の中には造影剤を用い、適切な検査をしないと診断できないものがあります。

造影剤の必要性と危険性をよく理解していただいたうえで安全に検査を行うために、下記の事項をよくお読みください。造影剤の使用に同意される方は

**別紙の『造影剤使用（CT・MRIなど）同意書（承諾書）』に必要事項を記入・署名していただいたうえで、検査当日に予約票と一緒に持ちください。**

- ① 造影剤アレルギー歴のある患者様、あるいは疑いのある副作用が以前にあった患者様は、必ず検査前に主治医に申し出てください。
- ② 気管支喘息（ぜんそく）の方には造影剤は原則的に使用しません。必ず主治医に申し出てください。
- ③ 高度の甲状腺疾患（バセドウ病など）や重症の腎臓の病気がある患者様では、CTの造影剤は悪化させるおそれがあります。また、糖尿病の患者様で、ビッグアナイド系糖尿病薬（共立病院ではメテット錠）服用の方も、必ず主治医に申し出てください。
- ④ 造影剤の副作用はほとんどの場合が軽い症状で、悪心・嘔吐・のどの渇きなどの消化器症状、動悸・不整脈などの循環器症状、頭痛・あくび・めまいなどの神経症状、じんましん・かゆみ・皮膚の発赤・目の充血・くしゃみ・鼻づまりなどの過敏症があります。CT検査での出現頻度は全体では3.5%以下で、重篤なショック、アナフィラキシーなど、重症の頻度は0.004%未満（25,000人に1人の確率）です。MRI検査では、副作用の出現頻度は軽度の副作用を含め全体で1.2%以下です。
- ⑤ 造影剤の使用にあたっては、細心の注意をもって、慎重に行います。副作用が出現した場合には、ただちに症状に応じた適切な処置、治療を行います。
- ⑥ 副作用は脱水、低血糖の場合に起きやすいので、体調をなるべく整えておいてください。長時間（12時間以上）の絶飲絶食は、かえって悪心・嘔吐を起こしやすくなります。**特に医師・看護師より指示がない場合**、少量の水分（水やお茶）を摂取することは構いません。ただし、牛乳や果汁を含むものは避けてください。
- ⑦ 検査後は造影剤を尿と一緒に体の外に出すために、いつもより多めに水分を取ってください（水分制限されている方はお申し出ください）。
- ⑧ 検査終了後、1時間から数日たってから、副作用（発疹・じんましん・悪心・嘔吐・血圧低下・頭痛など）が見られる場合もあります（遅発性副作用）。このような症状が見られた際には、必ず下記にご連絡ください。

**有田共立病院                      0955 - 46 - 2121**

- ⑨ 同意書（承諾書）に記入された後でも、当日、同意を取り下げることは可能です。
- ⑩ その他、わからないことや気になることがありましたら、主治医または検査担当者にお申し出ください。

# 造影剤使用（CT・MRIなど）同意書（承諾書）

私は、今回の 月 日に行う検査に関して、造影剤使用の必要性や危険性、副作用出現時の対処などについて

科

患者名： 様 に説明（別紙書類を含む）いたしました。

年 月 日

医療機関名： 担当医： (署名)

私は、今回の造影検査における造影剤の使用について必要理由、副作用および合併症の頻度等について主治医から十分な説明を受け納得しましたので、造影剤の使用に同意します。なお、造影剤使用の最終決定は主治医に委ねます。また、上記の検査で予期しない緊急状況が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を行うことも同意します。

造影剤を使用した検査に同意（承諾）される方は以下に署名をお願いします。

有田共立病院 院長殿

造影剤に関する別紙の説明書の内容や担当医師からの説明を理解し、造影剤の使用について同意（承認）いたします。

年 月 日

患者氏名 (署名)

※代理人氏名 (署名)

※患者との続柄

(※代理人氏名は、患者様本人が未成年又は、署名ができない場合にご記入ください)

MRIを予約する際は、この用紙を使って事前チェックをお願いします

## MRI検査前チェックシート

太枠の中のみご記入ください

Dr. のサインは、手書きもしくは印鑑をお願いします ↓

患者氏名：

医療機関名：

依頼医師名：

該当すれば検査不可		撮影日
あり	なし	/
事前確認項目		撮影時間
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 人工内耳または人工中耳	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 可動式義眼	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> マグネット式の義歯	

主治医確認	あり	なし	確認日	身長
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ、その他の血管クリップ	/	cm
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 人工関節、その他の整形外科的金属	Dr. 判定	体重
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他の留置物（心臓人工弁、ステント、コイル）	検査可能 検査不可能	kg
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 避妊リング	Dr. サイン	Ns. サイン
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義眼		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 刺青		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 歯科インプラント（顔面、頭部、頸部撮影の場合）		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 東洋鍼灸（体内留置型）			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 妊娠中、またはその可能性がある			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 閉所恐怖症			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> V-Pシャントの既往あり（検査後、シャント圧調整を要す）			

確認済にはチェックを入れ、該当分は除去すること

直前確認事項	Ns.	患者	MRI室への入室時注意!! <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧計</li> <li>・ 酸素ボンベ</li> <li>・ ストレッチャー</li> <li>・ 車椅子</li> <li>・ 救急セット</li> <li>・ 点滴台</li> <li>（専用へ移動）</li> <li>（専用へ移動）</li> </ul>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 時計		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ヘアピン		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> カツラ		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 補聴器		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 眼鏡		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 指輪		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 体温計		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 金属を含む化粧品（アイシャドー、ラメ入りパウダー、マニキュア）		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 入れ歯（取り外し可能なら外す。詰め物、かぶせ物は検査可能）		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ネックレス・プレスレット		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> イヤリング・ピアス		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 耳つぼダイエット（金粒）		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 財布・ベルト・鍵		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> （看護師の場合）名札、シャープペンシル、ボールペン		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> エレキバン		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ホッカイロ		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 金属の付いた下着（ブラジャー、スリッパ、ショーツ）		Ns. サイン
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 心電図電極板		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経皮吸収貼付剤（湿布、ニコチンパッチ、ニトログリセリンパッチ）		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 携帯電話		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 磁気カード（キャッシュカードなど）		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義手・義足		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズ（外してから検査を行いますので、ケースをご持参ください）		
			放射科技師	