

診療情報提供書

(複十字病院用)

公益財団法人結核予防会 複十字病院
〒204-8522 東京都清瀬市松山3-1-24

平成 年 月 日

医療機関名

〔診療科目〕 (該当する診療科に○で囲んで下さい)

所在地

内科・呼吸器科・消化器科・乳腺科・整形外科

TEL

循環器科・糖尿病科・耳鼻咽喉科・神経内科

FAX

泌尿器科・皮膚科・放射線治療

〔検査項目〕

医師氏名

MRI、CT、COPD、消化管内視鏡検査 (上部・下部)

核医学検査、PET/CT、超音波検査、その他 ()

希望医師名 _____ 受診希望日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

複十字病院受診歴 【有・無・不明】

フリガナ	男 女	生年月日
患者氏名		明・大・昭・平 年 月 日 (歳)
住所		
TEL	()	
紹介目的		
主訴及び傷病名		
既往歴及び家族歴		
薬剤アレルギー (有・無)		
病状経過・検査結果・治療経過		
現在の処方		
備考		
資料持参 (有・無)	X線フィルム・内視鏡フィルム・CD-R (単・CT) ・検査の記録・その他	

造影MRI検査 説明書

造影MRI検査は"ガドリニウム造影剤"という薬剤を注射して行います。

造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確かつ明らかにし、今後の治療に役立てます。造影剤を使用しなくても検査は行えますが、正確な診断ができない可能性があります。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。それぞれの副作用については以下のとおりです。

- 1)軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹など、基本的に治療を要しません。
- 2)重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎性全身性線維症など、通常は治療が必要であり、後遺症がのこる可能性があります。入院や手術が必要なこともあります。非常にまれですが、死亡する場合も報告はされています。

これらの副作用が数時間から数日経ってから遅発性に生ずることもあります。

造影剤を注射する時には、

- 1)体が熱くなることがありますが、血管に対する直接の刺激で正常な反応であり、心配ありません。
- 2)勢いよく造影剤を注入するため、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合、注射した部位が腫れ、痛むこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っています。万が一異常だと感じたら、すぐにご相談下さい。

造影MRI検査 問診票

- | | |
|--|---|
| 1.造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 6.心臓の病気で治療を受けていますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい() |
| 2.その時、副作用はありましたか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
発疹、かゆみ、気分不快、その他() | 7.現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない |
| 3.喘息(ぜんそく)または小児喘息といわれたことがありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 8.現在授乳中ですか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい |
| 4.花粉症、じんま疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎
など、アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい() | 9.手術や刺青などで、体内に金属性のものはありませんか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 部位/種類() |
| 5.腎臓の働きが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか？
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい | 10.造影剤量決定の為、体重を教えてください。 _____ kg |

造影MRI検査 同意書

下記患者様に対し、造影MRI検査の必要性と内容、起こりえる危険性、後遺症、合併症などについて説明いたしました。

年 月 日

(3ヶ月以内の eGFR： _____ ml/min/1.73m² _____ 年 月 日現在)

説明医師(所属・氏名) (自署) _____ 科

病院長殿

私は、造影検査について説明を受け、十分納得いたしましたので、造影検査を受けることに同意いたします。
緊急処置の必要が生じた場合は適宜処置を受けることについても同意いたします(いつでも撤回できます)。

承諾日： 年 月 日、 検査日： 年 月 日 (予定日未定)

患者氏名 (自署) _____

代理人(続柄) (自署) _____ (患者名) _____

