

紹介元医療機関の医師より説明を受け、必要事項をご記入ください。
検査当日持参してください。

【 造影 MRI 検査説明書 】

患者氏名： _____ 様

検査予約日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

① MRI 検査とは

MRI 検査とは、検査部位にコイルと呼ばれる器具を装着し、強い磁場を有する狭いトンネル状の装置に入り体の内部を画像化する検査で、放射線被ばくはありません。

検査中、大きな音がするためヘッドホン又は耳栓を使用することがあります。検査時間はおよそ 20～30 分程度です。



② 検査当日の食事・水分・お薬について

* 該当する項目にチェックを入れ、患者さんへ説明を行ってください。

- いつも通りお食事をしてください。
- 「上腹部 MRCP」の検査は、検査予約時間の 4 時間前より食事を、2 時間前より水分をお控えください。
- 原則、お薬は服用してください。

③ 注意事項

検査当日は、なるべく金属がない服装で来院してください。緊急を要する患者さんの検査等で検査開始が遅れることがあります。予めご了承ください。

【連絡先】
岐阜市民病院 地域連携室
058-251-1101 (内線 4325)

〔造影 MRI 検査〕に関する説明と同意

説 明 書

1. 【実施予定日】 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(事前準備のため予約時間の 15 分ほど前には MRI 検査室へお越しください。)

2. 【方法・注意事項等】

(1) 造影 MRI 検査とは

造影 MRI 検査とは、造影剤という検査用の薬剤を血管内（静脈）に注射し、強い磁場を用いた MRI 装置で、体の内部の様子を画像化する検査です。造影剤を使用することにより、病気の性質や血管・臓器の様子が鮮明に描出されます。放射線被ばくはありません。検査中、大きな音がするためヘッドホン又は耳栓を使用することがあります。検査時間はおよそ 20～30 分程度です。

(2) 検査前の準備と注意事項について

検査当日は、なるべく金属がない服装で来院してください。以下のようなものは、必ず検査前に取り外して所定のロッカーに保管し、検査室に持ち込まないようにしてください。



- ・ マスカラやアイシャドウなどのお化粧はさけてください。
- ・ アートメイクや刺青は内部に含まれる金属の影響で、熱感や変色・低温火傷の可能性があります。事前に主治医にご確認ください。
- ・ 磁石の義歯は MRI 検査により磁力が低下する可能性があります。事前に主治医にご確認ください。
- ・ 緊急を要する患者対応等により検査時間が前後する場合があります。予めご了承ください。

3. 【合併症や偶発症の有無やその程度】

造影剤による副作用は注射後 30 分以内に現れる場合がほとんどですが、検査終了後 1 時間から数日の間に遅発性に生じることもあります。起こりうる副作用は以下の通りです。

・急性副作用

軽度なもの：吐き気、嘔吐、咳、くしゃみ、発疹、かゆみ、咽頭・喉頭違和感など
重篤なもの：呼吸困難、血圧低下、死亡（83 万～220 万人に 1 人）など

・遅発性副作用：皮膚反応（斑状丘疹状皮疹、紅斑、腫脹、掻痒）など

・超遅発性副作用：検査後 1 週間から数カ月後に、痛みやかゆみを伴って四肢の皮膚に腫れや発赤、皮膚が硬くなることがあります、その後関節が動かしにくく、痛みが残ることがあります。現時点でこの副作用に対する確立した治療法はありません。さらに腎機能が低下することがあります。

これらの副作用はアレルギーのある人やぜんそくの人に出やすいことが知られています。重篤な副作用が生じた場合は特別な処置を施すことがあります。

検査後に異変が生じた場合は、主治医あるいは夜間であれば救急外来に連絡し来院ください。

※ アレルギーのある方、特に過去に造影剤でアレルギー反応の出現した方は、必ず事前に、担当医と MRI 検査室へ申し出てください。

※ 水分摂取を制限されていない方は、検査後は水分を多めにとってください。

※ 授乳中の方は、検査後 24 時間は授乳を避けてください。

他に、アートメイクや刺青は内部に含まれる金属の影響で、熱感や変色、低温火傷の可能性がります。また磁石の義歯は、MRI 検査により磁力が低下する可能性があります。

4. 【この医療行為に代わる選択肢とその利益と危険性】

他の選択肢

CT 検査、超音波検査など

この医療行為を行わなかった場合の利益と危険性

病状の正確な診断が出来ない場合があります。

5. 【その他（患者さんおよび代理人からの質問およびその回答など）】

患者さんおよび代理人からのご質問

有 []
無

以上はあくまで現時点での説明であり、病状が予測困難な推移をたどることも考えられます。状況に応じて手術・処置・検査等の中止や変更があることをご了承ください。また、万全を期して対応しますが、緊急の対応が必要なときは適宜処置等を行い、事後説明となる場合もありますので、予めご承知ください。分からないこと、疑問点はその都度気軽にお尋ねください。

同意した内容については、医療行為を開始するまではいつでも撤回することができます。また、不同意および不同意の撤回もできます。

紹介元医療機関の医師にてご記入ください

私は、 _____ さんの検査について、上記のようにご説明いたしました。

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介元医療機関名 _____ 紹介医師（自署） _____

患者さん（代理人）が記入してください

[造影 MRI 検査] に関する説明と同意

同 意 書

あて先 岐阜市民病院 病院長 殿

私は、上記の説明を受け理解しましたので、造影 MRI 検査を受けること、および検査実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合、適宜処置されることについて

同意します 同意しません その他 (_____)

※同意した後でも造影 MRI 検査の中止は可能ですので、依頼医へ申し出てください。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名（自署） _____

代理の同意の場合、(※)を記載してください。代理の同意となる事例は次のとおりです。

- ①患者さんが意思を表明できない場合
- ②意思決定能力が無いと医師が認めた場合
- ③患者さんが未成年の場合

代理人氏名（自署）(※) _____ 続柄(※) _____

代理人住所(※) _____ 連絡先(※) _____

造影 MRI 検査問診票（その 1）

患者氏名： _____ 記入者名： _____

本人以外が記載した場合（続柄又は関係： _____）

MRI 検査を安全に行うために患者さん（代理人）は以下の質問にお答えください

1. 体内に以下の医療用機器、または金属はありますか。

該当する項目に☑をつけてください。



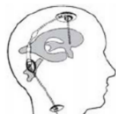
- 心臓ペースメーカー
- 植込み型除細動器
- 心臓や血管内の金属物や人工物（ステント等）（手術 _____ 年頃）
- 人工心臓弁
- 植込み型心電計



- 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置
- 脳動脈瘤クリップ（くも膜下出血の手術）（手術 _____ 年頃）
- 埋込み型神経刺激装置



- 持続グルコース測定器（部位 _____）
（装着日 _____）



- 脳外科用シャントチューブ
（脳室シャント：水頭症の手術）



- 内視鏡の止血クリップ（ _____ 年 _____ 月）



- 整形外科の手術で使用された金属固定具（部位 _____）
（ボルト、スクリュー、プレートなど）（装着日 _____）

- 上記以外の金属や医療機器（ _____ ）

2. 刺青（イレズミ）、アートメイクをしていますか。 いいえ はい

3. 下記のものをしていますか。 いいえ はい

入れ歯 補聴器 カラーコンタクトレンズ 尿道カテーテル 義手・義足

4. 貼り薬を貼っていますか。 いいえ はい

5. 狭いところが苦手と感じたことがありますか。 いいえ はい

6. 今までに MRI 検査を受けたことがありますか。 いいえ はい

7. 一人での検査着の着替えに不安はありますか。 いいえ はい

8. 妊娠をしている可能性はありますか。（女性の方のみ） いいえ はい

造影 MRI 検査問診票（その 2）

患者氏名： _____ 記入者名： _____

本人以外が記載した場合（続柄又は関係： _____）

MRI 検査を安全に行うために患者さん（代理人）は以下の質問にお答えください

- 1) 今までに MRI 用造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。 はい いいえ
「はい」と答えられた方のみ 2) ,3) にお答えください。
- 2) その時に副作用はありましたか。 はい いいえ
「はい」と回答された方は、その時の症状を○で囲んでください。
悪心 吐き気 嘔吐 咳 くしゃみ あくび 発疹 かゆみ
咽頭・喉頭違和感 その他（ _____ ）
- 3) 造影剤副作用カードはお持ちですか。 はい いいえ
- 4) 気管支ぜんそくはありますか。 はい いいえ
（※重篤な副作用の発現率が上昇することが報告されています。）
- 5) アレルギーはありますか。 はい いいえ
「はい」と回答された方は、名称を記入してください。
食べ物（（例:さば） _____ ） 薬（（例:ピリン） _____ ）
その他（ _____ ）
（※副作用の発現率が上昇することが報告されています。）
- 6) 腎不全・肝不全はありますか。 はい いいえ

以下は紹介元医療機関の医師にてご記入ください

eGFR 値 _____ ml/min/1.73 m² （ sCr 値 _____ mg/dl ）

（ _____ 年 _____ 月 ） ※ 別紙参照

（※測定月～検査月が 6 ヶ月以上の場合、測定をお願いします。 _____ 年 _____ 月 ）

eGFR男女・年齢別早見表

別紙

日本人の推算GFR(eGFR: mL/min/1.73m²) = 194 x 血清Cr^{-1.094} x 年齢^{-0.287} (女性は x 0.739)

注: 酵素法で測定されたCrを用いる。18歳以上に適用する

男性用

血清Cr (mg/dL)	(mL/min/1.73m ²)													
	20歳	25歳	30歳	35歳	40歳	45歳	50歳	55歳	60歳	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳
0.9	92.1	86.4	82.0	78.5	75.5	73.0	70.8	68.9	67.2	65.7	64.3	63.1	61.9	60.8
1.0	82.1	77.0	73.1	69.9	67.3	65.1	63.1	61.4	59.9	58.5	57.3	56.2	55.2	54.2
1.1	74.0	69.4	65.9	63.0	60.6	58.6	56.9	55.3	54.0	52.7	51.6	50.6	49.7	48.8
1.2	67.3	63.1	59.9	57.3	55.1	53.3	51.7	50.3	49.1	48.0	46.9	46.0	45.2	44.4
1.3	61.6	57.8	54.9	52.5	50.5	48.8	47.4	46.1	45.0	43.9	43.0	42.2	41.4	40.7
1.4	56.8	53.3	50.6	48.4	46.6	45.0	43.7	42.5	41.5	40.5	39.7	38.9	38.2	37.5
1.5	52.7	49.4	46.9	44.9	43.2	41.8	40.5	39.4	38.4	37.6	36.8	36.1	35.4	34.8
1.6	49.1	46.1	43.7	41.8	40.2	38.9	37.7	36.7	35.8	35.0	34.3	33.6	33.0	32.4
1.7	46.0	43.1	40.9	39.1	37.7	36.4	35.3	34.4	33.5	32.8	32.1	31.4	30.9	30.3
1.8	43.2	40.5	38.4	36.8	35.4	34.2	33.2	32.3	31.5	30.8	30.1	29.5	29.0	28.5
1.9	40.7	38.2	36.2	34.6	33.3	32.2	31.3	30.4	29.7	29.0	28.4	27.8	27.3	26.9
2.0	38.5	36.1	34.2	32.8	31.5	30.5	29.6	28.8	28.1	27.4	26.8	26.3	25.8	25.4
2.1	36.5	34.2	32.5	31.1	29.9	28.9	28.0	27.3	26.6	26.0	25.5	25.0	24.5	24.1
2.2	34.7	32.5	30.9	29.5	28.4	27.5	26.6	25.9	25.3	24.7	24.2	23.7	23.3	22.9
2.3	33.0	31.0	29.4	28.1	27.1	26.2	25.4	24.7	24.1	23.5	23.0	22.6	22.2	21.8
2.4	31.5	29.6	28.0	26.8	25.8	25.0	24.2	23.6	23.0	22.5	22.0	21.6	21.2	20.8
2.5	30.1	28.3	26.8	25.7	24.7	23.9	23.2	22.5	22.0	21.5	21.0	20.6	20.2	19.9
2.6	28.9	27.1	25.7	24.6	23.7	22.9	22.2	21.6	21.0	20.6	20.2	19.8	19.4	19.1
3.0	24.7	23.2	22.0	21.0	20.2	19.6	19.0	18.5	18.0	17.6	17.2	16.9	16.6	16.3
3.5	20.9	19.6	18.6	17.8	17.1	16.5	16.0	15.6	15.2	14.9	14.6	14.3	14.0	13.8

女性用

血清Cr (mg/dL)	(mL/min/1.73m ²)													
	20歳	25歳	30歳	35歳	40歳	45歳	50歳	55歳	60歳	65歳	70歳	75歳	80歳	85歳
0.6	106.1	99.5	94.5	90.4	87.0	84.1	81.6	79.4	77.4	75.7	74.1	72.6	71.3	70.0
0.7	89.6	84.1	79.8	76.3	73.5	71.0	68.9	67.1	65.4	63.9	62.6	61.3	60.2	59.2
0.8	77.5	72.7	68.9	66.0	63.5	61.4	59.5	57.9	56.5	55.2	54.1	53.0	52.0	51.1
0.9	68.1	63.9	60.6	58.0	55.8	54.0	52.3	50.9	49.7	48.6	47.5	46.6	45.7	45.0
1.0	60.7	56.9	54.0	51.7	49.7	48.1	46.6	45.4	44.3	43.3	42.4	41.5	40.8	40.1
1.1	54.7	51.3	48.7	46.6	44.8	43.3	42.0	40.9	39.9	39.0	38.2	37.4	36.7	36.1
1.2	49.7	46.6	44.2	42.3	40.7	39.4	38.2	37.2	36.3	35.4	34.7	34.0	33.4	32.8
1.3	45.5	42.7	40.5	38.8	37.3	36.1	35.0	34.1	33.2	32.5	31.8	31.2	30.6	30.1
1.4	42.0	39.4	37.4	35.8	34.4	33.3	32.3	31.4	30.6	29.9	29.3	28.7	28.2	27.7
1.5	38.9	36.5	34.7	33.2	31.9	30.9	29.9	29.1	28.4	27.8	27.2	26.6	26.2	25.7
1.6	36.3	34.0	32.3	30.9	29.7	28.8	27.9	27.1	26.5	25.9	25.3	24.8	24.4	24.0
1.7	34.0	31.9	30.2	28.9	27.8	26.9	26.1	25.4	24.8	24.2	23.7	23.2	22.8	22.4
1.8	31.9	29.9	28.4	27.2	26.1	25.3	24.5	23.9	23.3	22.7	22.3	21.8	21.4	21.1
1.9	30.1	28.2	26.8	25.6	24.6	23.8	23.1	22.5	21.9	21.4	21.0	20.6	20.2	19.8
2.0	28.4	26.7	25.3	24.2	23.3	22.5	21.9	21.3	20.7	20.3	19.8	19.5	19.1	18.8
2.5	22.3	20.9	19.8	19.0	18.3	17.6	17.1	16.7	16.2	15.9	15.5	15.2	15.0	14.7
3.0	18.2	17.1	16.2	15.5	15.0	14.5	14.0	13.6	13.3	13.0	12.7	12.5	12.3	12.0
3.5	15.4	14.5	13.7	13.1	12.6	12.2	11.8	11.5	11.2	11.0	10.8	10.5	10.4	10.2

「CKD診療ガイド2009: 日本腎臓学会編著2009年」より一部改変

腎機能によるステージ分類表

ステージ	eGFR (ml/min/1.73 m ²)	重症度
G1	90~	正常または高値
G2	60~89	正常または軽度低下
G3a	45~59	軽度~中等度低下
G3b	30~44	中等度~高度低下
G4	15~29	高度低下
G5	<15	末期腎不全

(日本腎臓学会編: 「CKD診療ガイド」より引用)