

診 療 情 報 提 供 書

(外 来 検 査)

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター

年 月 日

担当医

科

殿

住 所

医療機関名

医 師 名

電 話 () -

FAX () -

紹介患者	フリガナ				生年月日	年	月	日
	氏 名							
	住 所	〒						
	電 話 番 号	()	-		性 別	男 ・ 女		
受診希望日等	月	日	(曜日)	当院受診歴	有 ・ 無			
傷 病 名								
予約希望検査	上部消化管内視鏡 ・ MRI (単純・造影) ・ CT (単純・造影) ・ ()シンチ							
	※ CT ・ MRIの撮影部位() ◎CT・シンチの予約に関しては、放射線検査(医療被ばく等)に対する説明が必要になります。 <input type="checkbox"/> 説明済							
検 査 目 的	良悪鑑別 ・ 病期診断 ・ 再発診断 ・ 転移検索 ・ その他()							
持 参 フィルム	CT ・ MRI ・ X-P ・ RI ・ US ・ その他() 可能な限りご持参ください。							
症 状 経 過								
治 療 経 過								
	がん告知の有無(有・無) 当院でのがん告知の可否(可・否)							
現在の処方								
注意すべき合併症： なし 心疾患 緑内障 前立腺肥大 出血傾向 糖尿病 その他() アレルギーの有無： なし ヨード キシロカイン その他() 詳細不明 感染症の有無： なし HBV HCV その他() ※差し支えない範囲でご記入ください								

被 保 険 者 氏 名	保 険 者 番 号						
記 号 ・ 番 号	.				本 ・ 家		
事業所又は保険者名				負担割合 割			
公費等記号番号	.						

この診療情報提供書に記載されている個人情報は、紹介目的の為に使用し、他の目的には利用しません
 独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター 地域医療連携室

FAX (089) 999-1115 TEL (089) 999-1201

造影MRI検査を受けられる方へ

MRI(磁気共鳴画像)検査は、磁気と電波を利用して画像を作成する検査です。検査室内には、常に強い磁場が発生していますので、MRI検査を安全に実施する為に、以下の説明をよくお読みください。

1)原則として検査を受けることができない方

- ①心臓ペースメーカーを埋め込まれている方
- ②金属製の心臓人工弁を使用されている方
- ③人工内耳を使用されている方
- ④神経刺激装置(深部脳刺激装置)を使用されている方
- ⑤食道・胃・大腸に金属製のクリップを留置されている方

2)MRI検査を受けることができない可能性のある方

- ①脳動脈瘤クリップ等、脳血管に金属クリップやコイル等を使用されている方
- ②冠動脈ステント等、体内の血管にステントを挿入後2ヶ月未満の方
- ③その他、金属が体内にある方
 - ・骨折の治療目的など、整形外科で使用されている金属の殆どは検査可能ですが、念のため、体内にある方は検査前に担当技師へお申し出ください。
 - ・磁石で固定する入れ歯は、MRI検査非対応の物もあります。歯科より頂いているカード(MRI検査対応が確認できるもの)をご持参ください。
 - ・外傷時(目など)に傷口から金属片が混入した方は、検査前に担当技師へお申し出ください。
- ④刺青、アイライン、マスカラ等を入れられている方
 - ・刺青の部分が、火傷を発症、または変色・変形する可能性があります。
 - ・アイライン、マスカラの部分が、火傷を発症する可能性があります。
- ⑤閉所恐怖症の方
- ⑥妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方
 - ・胎児に対するMRI検査の安全性は確立されておりません。(特に妊娠10～15週目の方)

3)その他の注意事項

- ①検査室内へは、補聴器や着脱可能な入れ歯、貴金属類は持ち込むことができません。
- ②CVポート(注射用ポート)は、MRI検査により移動、回転、発熱等が起こる可能性があります。検査中に違和感を感じられたら、すぐに申し出てください。
- ③使い捨てカイロやエレキバン、湿布等の貼付薬は、火傷を発症する可能性がありますので、当日の検査室内での使用はお控えください。
- ④遠赤外線、または保温性が非常に高い衣類(ヒートテック等)は、発熱の恐れがありますので、検査時は着用することができません。
- ⑤カラーコンタクトレンズをご使用の方は検査時は取り外して頂きます。
- ⑥一時的頭皮・頭髪染毛料(シャンプー等で落とすことができるスプレー状、粉末状、液体状)の一部商品には、金属成分が含まれておりますので、検査当日は使用をお控えください。
- ⑦検査時は、検査機器より非常に大きな音が発生しますが、MRI室内対応のヘッドホンや耳栓を着用の上、検査を実施させていただきます。

* MRI検査を安全に行うために、別紙の問診票にお答えください。

* 当日は検査予定時間の15分前に、MRI検査問診票(同意書も含む)を必ずご持参の上、MRI検査室におこしください。

* ご不明な点がございましたら、下記までご連絡下さい。

四国がんセンターの連絡先

【平日8:30～17:15】 四国がんセンター がん相談支援センター (直通番号)089-999-1114

【平日時間外および土・日・祝祭日】 日直/夜間当直師長 (代表番号)089-999-1111

造影剤(ガドリニウム製剤)を用いたMRI検査を受けられる方へ

造影剤を使用することで、他のお薬と同様、まれに副作用が生じることがあります。

1.原則としてMRI用造影剤(ガドリニウム製剤)を使用することができない方

- ①ガドリニウム造影剤に対し過敏症の既往歴のある方
- ②気管支喘息のある方
- ③重篤な腎障害のある方

2.MRI用造影剤(ガドリニウム製剤)の副作用について

- 1)軽微な副作用:吐気、嘔吐、蕁麻疹、発疹、動悸、等。
このような副作用が起こる確率は約100人に1人(1%以下)です。
- 2)中等度の副作用:呼吸障害、血圧低下、意識障害、等。
このような副作用が起こる確率は約2万人に1人(0.005%以下)です。
- 3)重度の副作用:アナフィラキシーショック、等。
非常にまれですが(約100万人につき1人の割合)、死亡する場合があります。

3.その他の注意事項(ガドリニウム製剤)

- * 副作用が発症する場合、通常は造影剤使用後数分以内に発症することが多いですが、希に造影剤使用後、数日以内に倦怠感、頭痛、蕁麻疹等が生じることがあります(遅発型)。症状が現れた場合は、速やかに担当医へ連絡してください。
- * 皮下に造影剤が漏出する場合があります。通常は時間の経過と共に、体内へ吸収されますが、漏出した量が多い場合は、痛みが伴うことがあり、処置が必要な場合があります。

4.妊娠中、授乳中の方へ

原則として、妊娠中の方へ造影剤を用いた検査は行いません。
授乳中の方は、造影剤使用後48時間(最低24時間)授乳を控えてください。

5.検査前の絶食について

腹部、骨盤、乳腺のMRI検査を受けられる方は、検査4時間前より食事は控えてください。
牛乳などの乳製品は1時間前より飲まないでください。

- * 当院では、造影剤使用時は検査担当医師、技師、看護師が隣室で常に待機しております。
もし検査中に異常を感じた際は、すぐに申し出てください。

造影MRI検査問診票

必要事項にご記入の上、検査当日に、ご持参ください

当てはまる箇所にレ印を入れてください。“はい”を選ばれた方は、適した言葉に○で囲むか、あるいは()の中に具体的な言葉をお書きください。

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 1.心臓ペースメーカーを使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 2.埋め込み式除細動器を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 3.体内電子機器(神経刺激器等)を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 4.脳動脈クリップが入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 5.乳房再建に使用するエキスパンダー(組織拡張器)を挿入していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 6.体の中に金属が入っていますか？
クリップ・コイル・義眼・人工内耳・人工関節・人工心臓弁・ステント・CVポート
その他金属類() | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 7.今までに手術を受けたことがありますか？
平成・昭和____年頃、手術名() | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 8.刺青(眉、永久アイラインも含む)が入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 9.補聴器は使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 10.磁石で固定する入れ歯を使用していますか？
→「はい」にチェックをされた方は、検査当日に歯科より頂いているカード
(MRI検査対応が確認できるもの)を持参してください。 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 11.閉所恐怖症がありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 12.長時間、仰向けの体勢が困難ですか？
可能な時間()分程度) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 13.妊娠をしている可能性はありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 14.現在の体重をご記入ください。()kg | | |

以下はMRI造影剤についての問診です。

- | | | |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| 15.気管支ぜんそくと診断されたことがありますか？
→「はい」にチェックをされた方は、5年以内に治療もしくは症状がありましたか | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 16.今までに造影剤を注射して気分が悪くなったことがありますか？
平成・昭和____年頃、検査の種類() | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 17.腎臓の病気や治療をしていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 18.金属のアレルギーはありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 19.その他アレルギー体質はありますか？
お薬()、その他(具体的に) | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 20.授乳中ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 21.その他MRI検査に関して、気になる点や伝えておきたい事があればお書きください。
() | | |

*放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

*「□はい」に該当する場合には検査が出来ない場合がありますので主治医にご相談ください。

造影MRI検査同意書

私はMRI検査及びMRI造影剤の必要性と副作用について説明を受け、今回の造影検査の説明を読み、よく理解しましたのでMRI検査及び造影剤使用に同意します。
また、放射線科医の判断で造影剤を使用しない事についても、同意します。

検査予定日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

eGFR値: _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ ml/分/1.73m²)

※13週以内の採血データをお願いします。

注意: eGFR値が30未満の場合は、原則禁忌です。

説明年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

説明医署名: _____

医療者側同席者: _____

同意年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名: _____

同席者署名: _____ (本人との関係 _____)

代諾者署名: _____ (本人との関係 _____)