

患者氏名	検査日	月	日
生年月日	時間	時	分
年齢	依頼施設	検査項目	

① 禁忌項目 (下記の項目に1つでも該当する場合は、検査できません。)

- 有 心臓ペースメーカー・人工内耳・神経刺激装置などの体内電子機器・スワングアンツカテーテル
- 有 脳動脈瘤クリップ (3Tでの安全性が確認されていないもの ※)
- 有 各種ステント・血管内コイル (3Tでの安全性が確認されていないもの ※)
- 有 人工心臓弁 (昭和50年以前のもの)
- 有 軀幹部・四肢のいれずみ (眉のいれずみは可)
- 有 眼球内金属粉混入 (職業・事故等)
- 有 上記以外の体内金属 (3Tでの安全性が確認されていないもの ※)

※ 医療機器の添付文書 (下記 URL) にてご確認ください。

[http://www.info.pmda.go.jp/ysearch/html/menu\\_tenpu\\_base.html](http://www.info.pmda.go.jp/ysearch/html/menu_tenpu_base.html)

② 準禁忌項目 (条件付きで検査可能です。)

- 有 脳室腹腔シャント (検査前に脳外科の許可が必要)
- 有 TTS 製剤・カラーコンタクトレンズ・マグネットネイルなど金属を含んだネイル (除去できれば可能)
- 有 インスリンポンプ・グルコース測定器 (除去できれば可能)
- 有 磁石埋め込み型の義歯・義眼 (不明時は歯科医・眼科医に確認が必要)
- 有 内視鏡処置クリップ (撮像範囲内にクリップがある場合は、画質が劣化することがあります。)
- 有 妊娠初期 (3ヶ月以内) (必要性が高い場合は検査可能)
- 有 閉所恐怖症 (程度によっては可能)

→ 鎮静剤 (希望する場合のみ)  セルシン 5mg を 30 分前に内服 (緑内障は禁忌)

※ 鎮静剤が必要な場合は、依頼施設で処方して下さい。(内服後は、自動車等の運転はできません。)

禁忌・準禁忌の該当項目  無

※ 該当項目がある場合は、各項目左側のボックスにチェックをお願いします。

③ 造影剤 (造影剤を使用する場合は、必ず、記入して下さい。)

使用しない

使用する ⇒ 体重 \_\_\_\_\_ kg eGFR \_\_\_\_\_ ml/min/1.73m<sup>2</sup> (30未満は禁忌、原則3ヶ月以内の採血データを記入)

- a) 造影剤の使用歴 (MRI 検査時)  無  有  
→ 【有】の場合 副作用の有無  無  有
- b) 気管支喘息の有無  無  有 (原則禁忌)
- c) 喘息以外のアレルギー  無  有 ( \_\_\_\_\_ )  
→ 【有】の場合 前投薬  不要  要 (リンデロン 4mg)
- d) 授乳  無  有 (投与後、24時間は授乳を控えて下さい。)

④ その他の薬剤 (腸管・骨盤領域における検査の場合のみ) 【日勤帯予約 (9:00~16:30) のみ対応可能です。】

a) 鎮痙剤 (ブチルスコポラミン 20mg 筋注) ※腸管・骨盤領域において、蠕動によるアーチファクトを軽減できます。

使用可能で希望 (排尿障害ある前立腺肥大・重篤な心疾患・緑内障・出血性大腸炎・麻痺性イレウスは禁忌)

造影 MRI 後の CT・造影 CT 後の MRI は、画像に影響を及ぼしますので、できるだけお控えください。

説明日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 医師名 \_\_\_\_\_

泉大津急性期メディカルセンター 病院長

私は、上記の説明を受けました。質問の機会を得て、その内容について理解した上で、納得し同意します。

万一、合併症を生じた場合には必要な治療を受けることを承諾します。

患者(代理人)氏名： \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_) 同意年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日