



CT/MRI 検査を受けられる方への説明書

CTとは、コンピューター断層撮影法 (Computed Tomography) の略です。身体にX線を照射し、通過したX線量の差をデータとして集め、コンピューターで処理することにより身体の内部を画像化する検査です。

MRIは、強力な磁石と電波を使った検査です。患者様は、細長い検査台の上に横になっていただき、狭いトンネル状の装置の中で撮影し、検査中は大きな音がします。小さいお子さんでは、薬を使って眠っていただく処置が必要となる場合があります。(処方 は 紹介元病院で行ってください)

<検査前日から当日にかけての注意点>

◎食事及び薬について

紹介元病院の主治医に、ご確認ください。

◎服装、検査時間について

CT検査：検査部位によっては、ネックレスなどの貴金属が検査の妨げになることがある為、検査当日は、なるべく装身具などは身につけず、楽な服装にします。場合によっては検査着に着替えて検査を行うこともあります。検査時間は5分～20分かかります。

MRI検査：ネックレスなどの貴金属は、MRI検査室に持ち込み禁止の為、検査当日はなるべく装身具などは身につけないようにしてください。検査着に着替えて検査を行います。また、コンタクトレンズがある場合は、保存ケースを用意して頂き、検査前にコンタクトレンズを外していただきます。検査時間は 20分～45分かかります。

◎検査中について

CT検査：装置の寝台に仰向けに寝て検査を受けていただきます。検査中は身体の力を抜いてリラックスしてください(場合によってはうつ伏せ、真横に寝ていただきます)。

頭部や頸部の検査では、両腕を腹部の上に置き、胸部・腹部・骨盤部の検査では、両腕を上挙げて検査を行います。X線を照射するときに体が動くと、画像が乱れてしまいますので、動かないようにお願いします。また、撮影部位によっては指示に従って数秒間息を止めていただきます。

MRI検査：装置の寝台に仰向けに寝て検査を受けて頂きます。検査中は身体の力を抜いてリラックスしてください。(場合によってはうつ伏せ、真横に寝ていただきます)

※検査中に安静が保てない方は、当院の検査担当医の判断で、検査を中止させていただくことがあります。※

◎検査終了後について

画像データを検査後にお渡しし、ファイル(緑色)を会計窓口(受付)に提出して下さい。検査費用をお支払いしていただきます(順番が前後することがあります)。検査の内容によって画像を作成するのに 10～20分程度お待ちいただきます。

◎検査の安全性について

CT検査：検査の際には、目的とする部位以外に余分なX線が照射されないように撮影を行います。また、最近の

CT装置は少ないX線量で撮影できるように改良されていますから安心して検査を受けてください。

ただし、妊娠している方やその可能性のある方は、紹介元病院の主治医にその旨をお伝えください。

当院では、安全性が確認されていませんので、基本的に検査を行っておりません。

また、植込み型心臓ペースメーカーを装着されている方は本体部分に5秒以上X線を照射しないので検査可能です。植込み型除細動器(ICD)を装着されている方は本体部分にX線を照射することは禁忌ですが、それ以外の部分は可能なので、紹介元病院の主治医に必ずその旨をお伝えください。

MRI検査

次の方はMRI検査を行うことが危険ですので、代替え検査について紹介元病院の主治医とご相談ください。

- ① 心臓ペースメーカー、ICD(埋込型除細動器)、人工弁、人工内耳を装着している。
- ② 脳動脈瘤の手術でクリップが使用されている。かつ、そのクリップが安全にMRI検査できる材質であるか確認が取れない。
- ③ 金属ステントを挿入して間もない(おおむね6週間以内)※MRI対応ステントであれば検査可能です。
- ④ その他の磁性体金属が体内にある、または、体外金属が外せない状態。
- ⑤ 体内に埋め込んだ生命維持装置、体外の生命維持装置が外せない状態。
- ⑥ 高度の閉所恐怖症
- ⑦ 妊婦、妊娠の可能性ある(安全性が確認されていないため、当院では検査を行っておりません)
- ⑧ 永久的な刺青(刺青部分にやけどを生じる可能性があるため、当院では検査を行っておりません)

次の方はMRI検査が可能ですが、注意が必要ですので、紹介元病院の主治医とご相談ください。

- ① 小児(薬を使った入眠措置が必要となることがあります。処方 は 紹介元病院で行ってください)
- ② 義眼・義歯・避妊リング(材質などにより検査不可の場合があります。処置を行った病院にて確認をお願い致します)
→材質確認ができない場合は、検査を行うことが出来ない場合があります、ご了承ください。
- ③ 金属製顔料を使用したアイラインや化粧品、コンタクト(※個々の化粧品について安全性を確認するのは困難なため、検査前に化粧を落としていただきます)

なお、今回の検査で不安や疑問のある方は紹介元病院の 主治医とご相談ください。

**MRI 検査問診票**

氏名

(男・女)

＜問診票＞※原則として毎回のMRI検査ごとに必要としています。太枠内の各項目に、レ点記入してください。

1. 心臓ペースメーカー、ICD(埋め込み型除細動器)を使用している	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
2. 人工内耳・義眼がある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
3. 妊婦・妊娠の可能性ある(女性のみ)	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
4. 刺青・アートメイクがある。	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし

上記の項目に当てはまる方は、当院では MRI 検査を受けることが出来ません。ご了承ください。

5. 人工心臓弁	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
6. 血管ステント・静脈フィルター	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
7. 動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
8. 人工関節・骨折治療用金属	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
9. 義歯・補聴器	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
10. かつら・アイシャドー・コンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
11. 閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
12. 避妊リング	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
13. 医療機関にて体内に金属を入れたことがある	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし
14. その他の体内金属	<input type="checkbox"/> ある	<input type="checkbox"/> なし

※※体内金属については、処置を行った医療機関に検査可能か確認をしてください。※※

⇒確認が取れない場合は、検査を行うことができませんので、ご了承ください。

※※“ある”にチェックをされた方は、紹介元病院の主治医に検査可能かご確認ください※※

MRI 検査同意書

私は、MRI検査とその危険性について"CT/MRI検査を受けられる方への説明書"を読み納得しましたので、検査を受けることに同意します。

(同意した場合でも、検査直前まで撤回することができます。)

同意日：____年 ____月 ____日

患者または代理人(続柄____) (署名)_____

上記患者様に対して、本文書においてMRI検査について説明を行いました。

また、MRI検査問診票のすべての項目を確認し、金属製品についても安全を確認しました。

(医師の確認のない場合は、MRI検査を受けられませんのでご了承ください)

説明日：____年 ____月 ____日

(病院名)_____

(担当医)_____



造影 CT/MRI 検査を受けられる方への説明書

当院では造影剤を使った検査を受けられる方に、あらかじめ「造影剤投与に関する同意」を確認させて頂いております。以下の項目をよくお読みになった後に、ご不明な点があれば紹介元病院の主治医に質問し、納得いただけましたら同意書にご署名をお願い致します。

1. 造影剤とは

診断情報を増やすために、臓器と病変部などの差をきわだたせる（画像に明暗をつける）ための検査薬です。通常、腕の静脈から注入します。腎機能が正常であれば、注射後6時間で約90%が腎臓から尿として排泄されます。

2. 造影剤を使用する必要性

造影剤の投与によって、小さな病変や正常部位との差がほとんどない病変も明瞭に描出され、より正確な診断が可能となります。検査部位によっては、造影剤を使用しないと極めて重大な病変が見逃されてしまう可能性があります。

3. 造影剤の副作用・危険性

造影剤に改良が加えられ副作用は減少してきましたが、危険性を完全になくすことはできません。

◎ CT、尿路造影などで使用するヨード造影剤の副作用とその頻度

副作用の程度	発現率	症 状
軽症	100人に3人程度（約3%）	吐き気、嘔吐、かゆみ、じんましん、熱感などで、治療の不要な事がほとんど。
重症	2.5万人に1人（0.004%）	血圧低下、呼吸困難、意識消失、心停止、腎不全など。
死亡	40万人に1人（0.00025%）	

※遅発性副作用：100人に5人程度（約5%）の頻度で一時間から約一週間の間に起こるとされ、頭痛、吐き気、めまい、じんましんなどの症状をおこします。

通常は軽症で治療は必要としませんが、症状がひどい場合には、下記の連絡先に連絡してください。

◎ MRIで使用するガドリニウム造影剤の副作用

一般にヨード造影剤の副作用より少ないとされていますが、重篤な副作用は0.0052%（ヨード造影剤と同程度）死亡率は0.00012%（ヨード造影剤の半分）と報告されています。ヨード造影剤にはみられない副作用として腎性全身性線維症（NSF）の報告があります。重い腎機能障害の方に多く発症する進行性の疾患で死亡率20～30%と推測されています。

※以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、また、症状も強く出る可能性があり、造影検査を行わないこともあります。問診票の記入に関して特に注意をお願い致します。

- 今までに造影剤やヨード過敏症による症状を起こしたことがある方
- 気管支喘息、薬剤過敏症、じんましんなどのアレルギー性疾患のある方
- 腎機能障害のある方、人工透析をされている方

4. 血管外漏出（注射漏れ）について

造影剤の注入に関しては細心の注意をもって実施していますが、0.3～0.9%の確立で血管外漏出（注射漏れ）がおこり、注射部がはれて痛みを伴うことがあります。検査によっては造影剤を急速に注入する必要があり、発生確認時にはかなりの量が漏れていることもあります。通常は時間の経過とともに自然に吸収されますが、漏れた量によっては別に処置が必要となることもあります。

5. 副作用発生時の対応について

副作用が発生した場合には適切な処置を行います。

6. 食事及び飲水、服用されているお薬について

◎検査開始4時間前は、食事をしないでください

◎服用されている薬や飲水については、紹介元病院の主治医に、ご相談ください。

紹介元病院の主治医先生は、造影剤に関するこれらの長所や短所をよく考えた上で、造影剤の使用が有益であると判断した場合に造影検査をお勧めします。検査を受けられる方は説明をご理解いただき、納得できるようであれば、同意書にご署名ください。なお署名の後であっても、ご希望があれば検査直前まで変更することができます。検査までに遠慮せずお申し出ください。

【副作用発生時の連絡先】

病院受付：0853-73-7000（24時間）



造影検査問診票および同意書

※原則として毎回の造影検査ごとに必要としています

患者氏名	様	検査予定日	年	月	日
生年月日	年	月	日	(歳)
性別	男	検査種	<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRI	

太枠内の各項目に、記入してください。

<問診票>

1. 今までに造影検査を受けたことがありますか？ 「ある」の場合 ・何の検査でしたか？ ・副作用がありましたか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> 尿路造影 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="radio"/> 副作用あり (具体的に:) <input type="radio"/> ない
2. 甲状腺の病気がありますか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない (その他)
3. 気管支喘息がありますか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない (その他)
4. アレルギーがありますか？ 「ある」の場合	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬物 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> その他 ()
5. 腎臓の機能低下はありますか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない (その他)
6. 糖尿病がありますか 「ある」の場合 薬物治療を受けていますか？	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない (その他) <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> わからない
7. 授乳中あるいは妊娠中ですか？ (可能性も含む)	<input type="radio"/> ある <input type="radio"/> ない
8. 投与量の参考にしますので体重を教えてください	kg

<注意事項>

<医師チェック欄>

※造影検査に関して、eGFR 30 ml/min/1.73m² 未満を禁忌とします。

CT		MRI	
禁忌	本薬剤成分に対して 過敏症のある方 重篤な甲状腺疾患	禁忌	本薬剤成分に対して 過敏症のある方 重篤な腎障害
原則禁忌	全身状態が悪い方 気管支喘息 重篤な肝機能障害 重篤な腎機能障害 重篤な心障害	原則禁忌	全身状態が悪い方 気管支喘息 重篤な肝機能障害

※経口糖尿病治療薬の1つであるメホルミン製剤とヨード造影剤は併用注意です。特に腎機能障害がある場合は一時的な投与中止を検討してください。

※授乳中の方は、造影検査後3日間、授乳を中止してください。

※造影剤注入に伴い、まれに血管外漏出をおこすことがあります。当院では、禁忌の場合造影検査を行っておりません。また、原則禁忌の場合、検査担当医の判断により検査を行わないことがあります。

血液検査データ

eGFR / 血中クレアチニン mg /dl

測定年月日 年 月 日

私は造影検査の必要性、危険性及び合併症などについて、患者様に説明をしました。また、検査担当医の判断で造影剤の使用を中止する場合がありますことにも同意いたします。

説明年月日

病院名

医師氏名

<同意書>: 同意書に必要事項をご記入ください

私は、造影検査とその危険性について「CT/MRI を受けられ方への説明書・造影 CT/MRI 検査を受けられる方への説明書」を読み、紹介元医師の説明を受け納得しましたので、造影検査を受けることに同意します。また、検査担当医の判断で造影剤の使用を中止する場合がありますことにも同意いたします。

年 月 日 氏名 (自署)

保護者または代理人氏名 (続柄)

(注) 保護者または代理人欄は、本人が未成年者または署名できないときなどにご記入ください。

*この同意書の内容は署名された後、検査直前まで変更できます。変更をご希望の場合は検査前にお申し出ください。また、場合によっては検査前に再度確認させていただくことがあります。