

# Explanation for MRI Scan with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するMRI検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: \_\_\_\_\_ y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: \_\_\_\_\_ :  
 Referred by 紹介元ご施設名: \_\_\_\_\_  
 Name 氏名: \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日: \_\_\_\_\_

## 1. Purpose of contrast MRI scan 造影MRI検査の目的と方法について

**Purpose:** In addition to normal MRI scan, it is performed to examine the status of tumor and / or blood vessels more closely. 通常のMRI検査に加え血管や血流の状態をより詳しく診断するために行います。

**Method:** Approximately 10 to 20 ml (Varies depending on disease and body size) of gadolinium-containing contrast agent will be injected intravenously into the arm. ガドリニウム系造影剤を10~20ml前後(疾病や体格により異なります)腕から静脈注射します。

## 2. Adverse reactions, risks and complications of contrast agent 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

The contrast agent used for MRI is a relatively safe medication, but as with other medications, adverse reactions can occur. These may occur immediately (within about 30 minutes) after administration.

Vomiting, nausea, headache, rash, itchiness, swelling of hands and feet and / or cold sweat may occur. (Frequency 1 in 500 to 1,000 people)

In addition, severe life-threatening symptoms such as difficulty breathing and / or shock may occur.

(Frequency 1 in several tens of thousands of people) Very rarely, as with other medications, there are reports of death at the rate of 1 in 1,000,000.\* Please let us know if you feel unwell or anything unusual.

MRI用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬と同様に副作用が出現する可能性があります。投与後すぐ(直後~30分以内)に発生する可能性があります。嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。(頻度500人~1000人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命にかかわる重篤な症状が出ることもあります。(頻度数万人に1人)非常に稀に他の薬剤と同様100万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。

\*異常を感じた場合はお知らせください。

## 3. Predicting adverse reactions of contrast agent and emergency procedures 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

There is currently no method to investigate whether a contrast agent may cause adverse reactions.

In this hospital, we perform all examinations fully prepared to handle any adverse reaction. In case of an emergency, we will perform the best treatment.

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

## 4. Withdrawal of consent form 同意書撤回について

You can withdraw your consent at any time before the examination begins, please let us know beforehand.

この同意書は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

## 5. Alternative examinations if you do not consent to this procedure 同意書に同意いただけない場合の代替検査

If you do not agree to the use of the contrast agent, a regular MRI scan (without contrast agent) will be performed. 造影剤使用に同意いただけない場合、単純MRI検査(造影剤を用いない)にて検査を行う場合があります。

## Other その他

① In rare cases, the contrast agent leaks out of the blood vessels and may cause pain. The leaked contrast agent will soon be absorbed, but if swelling is severe, please let us know so that we can take necessary measures.

In addition, please let us know if you have a pain in the administration of contrast agent.

稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせ下さい。また、造影剤注入時痛みがある場合は確認いたしますのでお知らせ下さい。

② Even if there were no adverse reactions at your previous examination (with contrast agent), there is a possibility that side effects occur this time.

前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

③ A consent form is required for each examination, even though you have had the same examinations before.

同じ検査を繰り返し行う場合は、検査毎に同意書が必要です。

④ If you have any concerns or questions please ask your doctor, a nurse and / or a radiological technologist.

その他、気になることがある方は、医師・看護師・放射線技師までご相談ください。

## Explanation for MRI Scan with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するMRI検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日 : \_\_\_\_\_ y/年 \_\_\_\_\_ m/月 \_\_\_\_\_ d/日 Time 予約時間 : \_\_\_\_\_ :

Referred by 紹介元ご施設名 : \_\_\_\_\_

Name 氏名 : \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 : \_\_\_\_\_

**\* Please be sure to bring your consent form and questionnaire on the day of your examination, and submit them at the reception of the Radiology department.**

\* 検査当日、同意書及び問診票は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。

I have received and understood the explanation about the necessity of the contrast agent and the possibility of side effects.

I agree to take the intravascular injection of the contrast agent.

Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment.

私は造影剤に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。

私は造影剤の血管内注射に同意します。

また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

\_\_\_\_\_ y/年 \_\_\_\_\_ m/月 \_\_\_\_\_ d/日 Time 時間 : \_\_\_\_\_ :

### Patient signature

本人氏名 : \_\_\_\_\_

### Patient's representative

代筆者・代諾者 : \_\_\_\_\_

### Relationship

患者との続柄 : \_\_\_\_\_

To: Chubu Tokushukai Hospital Director

中部徳洲会病院院長 殿

-以下 紹介元医師記入欄- Referred doctor fills in below

○ Explanation Date 説明日 : \_\_\_\_\_ y/年 \_\_\_\_\_ m/月 \_\_\_\_\_ d/日 \_\_\_\_\_ :

Referred by 紹介元ご施設名 : \_\_\_\_\_

Hand-written signature of Explaining Physician 説明医師自筆ご署名 : \_\_\_\_\_

\*Please make sure to have hand-written signature of the explaining physician.

説明医師自筆署名を必ずお願いいたします。

Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital

801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa

TEL: 098-923-1091

# Questionnaire of MRI Scan with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するMRI検査に関する問診票(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: \_\_\_\_\_ y/年 m/月 d/日 Time 予約時間: \_\_\_\_\_ :

Referred by 紹介元ご施設名: \_\_\_\_\_

Name 氏名: \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日: \_\_\_\_\_

Before performing a MRI with a contrast agent, we would like to assess your physical condition. Please answer the questions below to the best of your knowledge.

造影剤を用いるMRI検査を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

● Please  the appropriate boxes to answer each question that apply to you. あてはまるものにチェックしてください。

## 1. Have you ever had an examination using a contrast agent (injection / IV)?

今まで、造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？

No なし  Yes あり →  CT  Urography 尿路造影  Cholangiography 胆道造影  Angiography 血管造影  MRI

## 2. Were there any side effects at that time? その時、副作用はありましたか？

No なし  Yes あり →  Rash 発疹  Itchiness かゆみ  Nausea 吐き気  Vomiting 嘔吐  Headache 頭痛  
 Other その他 ( )

## 3. Have you ever felt sick caused by oral medications or injections?

飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

No なし  Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ( )

## 4. Have you ever been diagnosed with asthma? 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？

No なし  Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ( )

## 5. Do you have allergies or allergic diseases? アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

No なし  Yes あり →  Hives じんましん  Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎  Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎  
 Medication allergy 薬のアレルギー Medication name 薬剤名: ( )  
 Food Allergy 食物のアレルギー Food 食物名: ( )  
 Other その他 ( )

## 6. Have you ever been diagnosed with kidney failure or other kidney diseases?

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？

No なし  Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ( )

## 7. Are you pregnant or possibly pregnant? 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

No なし  Yes あり  I don't know わからない

## 8. Please fill in your weight. 体重をご記入ください。 ( \_\_\_\_\_ kg)

Please note that a contrast agent may not be used based on the decision of the doctor in charge of your examination and / or radiologist.

検査担当医・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。

# Explanation for MRI Scan with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するMRI検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: \_\_\_\_\_ y/年 \_\_\_\_\_ m/月 \_\_\_\_\_ d/日 Time 予約時間: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Referred by 紹介元ご施設名: \_\_\_\_\_  
 Name 氏名: \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日: \_\_\_\_\_

## 1. Purpose of contrast MRI scan 造影MRI検査の目的と方法について

**Purpose:** In addition to normal MRI scan, it is performed to examine the status of tumor and / or blood vessels more closely. 通常のMRI検査に加え血管や血流の状態をより詳しく診断するために行います。

**Method:** Approximately 10 to 20 ml (Varies depending on disease and body size) of gadolinium-containing contrast agent will be injected intravenously into the arm. ガドリニウム系造影剤を10~20ml前後(疾病や体格により異なります)腕から静脈注射します。

## 2. Adverse reactions, risks and complications of contrast agent 造影剤使用による副作用・危険性・合併症について

The contrast agent used for MRI is a relatively safe medication, but as with other medications, adverse reactions can occur. These may occur immediately (within about 30 minutes) after administration.

Vomiting, nausea, headache, rash, itchiness, swelling of hands and feet and / or cold sweat may occur. (Frequency 1 in 500 to 1,000 people)

In addition, severe life-threatening symptoms such as difficulty breathing and / or shock may occur.

(Frequency 1 in several tens of thousands of people) Very rarely, as with other medications, there are reports of death at the rate of 1 in 1,000,000.\* Please let us know if you feel unwell or anything unusual.

MRI用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他の薬と同様に副作用が出現する可能性があります。投与後すぐ(直後~30分以内)に発生する可能性があります。嘔気・嘔吐・頭痛・発疹・かゆみ・手足のむくみ・冷汗が現れることがあります。(頻度500人~1000人に1人)

また、呼吸困難・ショックなど生命にかかわる重篤な症状が出ることもあります。(頻度数万人に1人)非常に稀に他の薬剤と同様100万人に1人の割合で死亡例の報告もあります。\*異常を感じた場合はお知らせください。

## 3. Predicting adverse reactions of contrast agent and emergency procedures 造影剤の副作用の予測と緊急処置について

There is currently no method to investigate whether a contrast agent may cause adverse reactions.

In this hospital, we perform all examinations fully prepared to handle any adverse reaction. In case of an emergency, we will perform the best treatment.

造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法は現在のところありません。当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、緊急時には最善の処置を施行いたします。

## 4. Withdrawal of consent form 同意書撤回について

You can withdraw your consent at any time before the examination begins, please let us know beforehand.

この同意書は検査施行までならいつでも撤回できますのでお申し出下さい。

## 5. Alternative examinations if you do not consent to this procedure 同意書に同意いただけない場合の代替え検査

If you do not agree to the use of the contrast agent, a regular MRI scan (without contrast agent) will be performed. 造影剤使用に同意いただけない場合、単純MRI検査(造影剤を用いない)にて検査を行う場合があります。

## Other その他

① In rare cases, the contrast agent leaks out of the blood vessels and may cause pain. The leaked contrast agent will soon be absorbed, but if swelling is severe, please let us know so that we can take necessary measures.

In addition, please let us know if you have a pain in the administration of contrast agent.

稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴うことがあります。漏れた造影剤はじきに吸収されますが、腫れが強い場合には処置が必要になりますのでお知らせ下さい。また、造影剤注入時痛みがある場合は確認いたしますのでお知らせ下さい。

② Even if there were no adverse reactions at your previous examination (with contrast agent), there is a possibility that side effects occur this time.

前回の検査時(造影検査)に異常がなくても、今回副作用が出る可能性があります。

③ A consent form is required for each examination, even though you have had the same examinations before.

同じ検査を繰り返し行う場合は、検査毎に同意書が必要です。

④ If you have any concerns or questions please ask your doctor, a nurse and / or a radiological technologist.

その他、気になることがある方は、医師・看護師・放射線技師までご相談ください。

# Explanation for MRI Scan with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するMRI検査に関する説明書(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日 : \_\_\_\_\_ y/年 \_\_\_\_\_ m/月 \_\_\_\_\_ d/日 Time 予約時間 : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_  
 Referred by 紹介元ご施設名 : \_\_\_\_\_  
 Name 氏名 : \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日 : \_\_\_\_\_

**\* Please be sure to bring your consent form and questionnaire on the day of your examination, and submit them at the reception of the Radiology department.**

\* 検査当日、同意書及び問診票は必ず持参し、放射線科受付へ提出してください。

I have received and understood the explanation about the necessity of the contrast agent and the possibility of side effects.

I agree to take the intravascular injection of the contrast agent.

Additionally, if any adverse reactions occur, I agree to receive the necessary treatment.

私は造影剤に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け理解いたしました。

私は造影剤の血管内注射に同意します。

また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

\_\_\_\_\_ y/年 \_\_\_\_\_ m/月 \_\_\_\_\_ d/日 Time 時間 : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

## Patient signature

本人氏名 : \_\_\_\_\_

## Patient's representative

代筆者・代諾者 : \_\_\_\_\_

## Relationship

患者との続柄 : \_\_\_\_\_

To: Chubu Tokushukai Hospital Director  
 中部徳洲会病院院長 殿

-以下 紹介元医師記入欄- Referred doctor fills in below

○ Explanation Date 説明日 : \_\_\_\_\_ y/年 \_\_\_\_\_ m/月 \_\_\_\_\_ d/日 : \_\_\_\_\_  
 Referred by 紹介元ご施設名 : \_\_\_\_\_  
 Hand-written signature of Explaining Physician 説明医師自筆ご署名 : \_\_\_\_\_

\*Please make sure to have hand-written signature of the explaining physician.  
 説明医師自筆署名を必ずお願いいたします。

Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital  
 801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa TEL: 098-923-1091

# Questionnaire of MRI Scan with Contrast Agent (for patients referred from other hospital)

造影剤を使用するMRI検査に関する問診票(院外紹介用)

Examination Date 検査予約日: \_\_\_\_\_ y/年 \_\_\_\_\_ m/月 \_\_\_\_\_ d/日 Time 予約時間: \_\_\_\_\_ :

Referred by 紹介元ご施設名: \_\_\_\_\_

Name 氏名: \_\_\_\_\_ Date of Birth 生年月日: \_\_\_\_\_

Before performing a MRI with a contrast agent, we would like to assess your physical condition.  
Please answer the questions below to the best of your knowledge.

造影剤を用いるMRI検査を行うにあたり、貴方のお体の状態を確認いたします。お分かりになる範囲で結構ですので、以下の質問にお答えください。

● Please  the appropriate boxes to answer each question that apply to you. あてはまるものにチェックしてください。

## 1. Have you ever had an examination using a contrast agent (injection / IV)?

今まで、造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？

No なし  Yes あり →  CT  Urography 尿路造影  Cholangiography 胆道造影  Angiography 血管造影  MRI

## 2. Were there any side effects at that time? その時、副作用はありましたか？

No なし  Yes あり →  Rash 発疹  Itchiness かゆみ  Nausea 吐き気  Vomiting 嘔吐  Headache 頭痛

Other その他 ( )

## 3. Have you ever felt sick caused by oral medications or injections?

飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか？

No なし  Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ( )

## 4. Have you ever been diagnosed with asthma? 今までに喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？

No なし  Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ( )

## 5. Do you have allergies or allergic diseases? アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？

No なし  Yes あり →  Hives じんましん  Atopic dermatitis アトピー性皮膚炎  Allergic rhinitis アレルギー性鼻炎

Medication allergy 薬のアレルギー Medication name 薬剤名: ( )

Food Allergy 食物のアレルギー Food 食物名: ( )

Other その他 ( )

## 6. Have you ever been diagnosed with kidney failure or other kidney diseases?

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？

No なし  Yes あり → Please describe 具体的にお書き下さい ( )

## 7. Are you pregnant or possibly pregnant? 現在、妊娠中または妊娠している可能性がありますか？

No なし  Yes あり  I don't know わからない

## 8. Please fill in your weight. 体重をご記入ください。 ( \_\_\_\_\_ kg)

Please note that a contrast agent may not be used based on the decision of the doctor in charge of your examination and / or radiologist.

検査担当医・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。

Medical Corporation Tokushukai Chubu Tokushukai Hospital  
801 Higa, Nakagusuku-son, Nakagami-gun, Okinawa TEL:098-923-1091