# **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	$d/\exists$	Time 予約時間:	:	
Referred by 紹介元ご施設名:						_
Name 氏名:		Date	e of Birth	<b>1</b> 生年月日:		_
1. Purpose of contrast MRI sca Purpose: In addition to normal N 目的 closely 通常のMRI除海に対	MRI scan, it is pe	erformed to ex	amine the	status of tumor and	l / or blood ves	ssels more
目的 closely. 通常のMRI検査に対 Method: Approximately 10 to 2 方法 will be injected intrave ガドリニウム系造影剤を10~20	0 ml (Varies depenously into the a	ending on dis arm.	ease and b		nium-containin	g contrast agen
2. Adverse reactions, risks and the contrast agent used for M reactions can occur. These m Vomiting, nausea, headache, (Frequency 1 in 500 to 1,000	IRI is a relativ ay occur imme rash, itchiness	ely safe med ediately (wit	dication, hin about	but as with other t 30 minutes) afte	medications er administra	s, adverse tion.
In addition, severe life-threat			•	•	•	
(Frequency 1 in several tense reports of death at the rate of MRI用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、作投与後すぐ(直後~30分以内)に発生する可人)また、呼吸困難・ショックなど生命にかかわる動ります。 *異常を感じた場合はお知らせください。	1 in 1,000,000 也の薬と同様に副作用: 能性があります。 嘔気	).* Please le が出現する可能性 ・嘔吐・頭痛・発疹	t us knov があります。 ・かゆみ・手足	v if you feel unw のむくみ・冷汗が現れるこ	rell or anythir とがあります。(頻度	ng unusual. 500人~1000人に1
3. Predicting adverse reactions				ocedures 造影剤の晶		処置について

- 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.
- 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

<sup>①</sup> 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。
- <sup>③</sup> 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 檢查予約日:	y/年	<b>m</b> /月	d/日 Time 予約時間:			
ーー Referred by 紹介元ご施設名:						
Name қа: Date of Birth ### Date						
* Please be sure to bring your cothem at the reception of the Rathを強盗当日、同意書及び間診票は必ず持参し、放	diology depa	rtment.	unaire on the day of your examina	tion, and subm		
possibility of side effects.  I agree to take the intravascu	ular injection reactions occ 可能性について説明	of the contras cur, I agree to 明を受け理解いたしま	receive the necessary treatment.	and the		
y/年 <b>m</b> /月	<b>d</b> /∃	Time 時間:_	<u>:</u>			
Patient signature 本人氏名:						
Patient's representative 代筆者·代諾者:			<b>Relationship</b> 患者との続柄:			
			To: Chubu Tokushukai Hospita 中部徳洲会病院院長 殿	al Director		
-以下紹介元医師記入欄- Referred do	ctor fills in be	low				
○ Explanation Date 説明日 : Referred by 紹介元ご施設名 : Hand-written signature of Exp						

説明医師<u>自筆</u>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/⊟ Tir	ne 予約時間:	:	<u> </u>			
Referred by 紹介元ご施設名:							<u> </u>			
Name да :		Date of Birth 生年月日:								
Before performing a M Please answer the ques 造影剤を用いるMRI検査を行うにあた	tions below	to the bes	t of your l	knowledg	ge.					
● Please ✓ the approp	riate boxes	to answer	each ques	tion that	apply to yo	<b>OU.</b> あてはまるもの	Dにチェックしてください。			
1. Have you ever had 今まで、造影剤(注射/点滴)を	<b>an examina</b> 用いた検査を受けた	tion using	g a contra	ast agent	(injection	/ IV)?				
□ No tel □ Yes and →	□ CT □ Uro	ography 尿路	造影 口 Cho	langiograp	ohy 胆道造影 🗖	Angiography	y 血管造影□ MRI			
2. Were there any sid	e effects at	that time	? その時、副作	用はありました	ニカ・?					
□ No なし □ Yes あり → □ Other その他(	□ Rash 発疹	☐ Itchines	SS かゆみ <b>ロN</b> )	ausea 吐き気	□ Vomiti	ng 嘔吐 口 He	adache 頭痛			
<b>3. Have you ever felt s</b> 飲み薬や注射薬で具合が悪くな	sick caused ったことがありますか	by oral m	nedication	s or inje	ctions?					
□ No tel □ Yes aby →	Please descri	be 具体的にお	3書き下さい(				)			
4. Have you ever been	diagnosed	with asth	ıma? 今まで	に喘息(ぜんそ	こく)といわれたこ	とはありますか?				
□ No tel □ Yes aby →	Please descri	be 具体的にお	3書き下さい(				)			
5. Do you have allergi	es or allerg	ic disease	<b>s?</b> アレルギー	-体質、アレル	ンギー性の病気 <i>が</i>	ぶありますか?				
□ No tel □ Yes tel →	□ Hives じんま □ Medication □ Food Aller □ Other その他	n allergy 薬の 「gy 食物のアレル	ウアレルギー Me	dication na		llergic rhiniti	S アレルギー性鼻炎 ) )			
<b>6. Have you ever been d</b> 腎臓の働きが悪い(腎不全)などと			ailure or o	ther kidne	ey diseases?					
□ No tal □ Yes aby →	Please descri	be 具体的にお	3書き下さい(				)			
7. Are you pregnant or p			妊娠中または好	壬娠している可	能性がありますか	z Š				
8. Please fill in your wei	ght. 体重をご記	入ください。	(	kg	)					
Please note that a contrast examination and / or radio 検査担当医・放射線科医の判断で造影	ologist.			e decision	of the docto	or in charge o	of your			

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

#### **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:  — Referred by 紹介元ご施設名:	y/年	<b>m</b> /月	<u>d</u> /∃	Time 予約時間:		
Name 氏名:		Date	of Birth	 L 生年月日:		
			01 211			_
1. Purpose of contrast MRI scar Purpose: In addition to normal M 目的 closely. 通常のMRI検査に加 Method: Approximately 10 to 20 がは be injected intraver ガドリニウム系造影剤を10~20m	MRI scan, it is pe nt is pe nt is pe nt is pe nously into the a	rformed to exa より詳しく診断するため ending on dise arm.	oに行います。 ease and bo	ody size) of gao		
2. Adverse reactions, risks and c	complications	of contrast a	gent 造影剤	別使用による副作用	・危険性・合併症につ	ついて
The contrast agent used for M	RI is a relative	ely safe med	ication, l	but as with of	ther medicati	ons, adverse
reactions can occur. These ma	ay occur imme	diately (with	nin about	30 minutes)	after admini	stration.
Vomiting, nausea, headache,	rash, itchiness	, swelling of	hands a	nd feet and /	or cold swear	t may occur.
(Frequency 1 in 500 to 1,000	people)					
In addition, severe life-threate	ening symptom	ns such as di	fficulty b	reathing and	/ or shock m	ay occur.
(Frequency 1 in several tens of	of thousands of	f people) Ve	ry rarely,	, as with othe	er medication	s, there are
reports of death at the rate of MRI用造影剤は比較的安全な薬剤ですが、他投与後すぐ(直後~30分以内)に発生する可能	の薬と同様に副作用が	が出現する可能性が	があります。	•	•	· ·
人) また、呼吸困難・ショックなど生命にかかわる重 あります。*異常を感じた場合はお知らせくだる	[篤な症状が出ることも さい。	あります。(頻度数)	万人に1人) 扌	<b>非常に稀に他の薬剤</b>	と同様100万人に1/	人の割合で死亡例の報告も
3. Predicting adverse reactions of There is currently no method	to investigate	whether a co	ontrast ag	gent may caus	se adverse rea	actions.
In this hospital, we perform a			red to ha	andle any adv	erse reaction	I. In case of an
emergency, we will perform the 造影剤で副作用を起こすかどうか調べる方法にいたします。	he best treatme は現在のところありませ	ent. けん。 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
4. Withdrawal of consent form	同意書撤回について					
You can withdraw your conse この同意書は検査施行までならいつでも撤回			xaminati	on begins, pl	lease let us ki	now beforehand.
5. Alternative examinations if yo	ou do not cons	ent to this p	rocedure	同意書に同意い	ただけない場合の代	<b>ド替え検査</b>
If you do not agree to the use	of the contrast	t agent, a reg	ular MR	I scan (witho	out contrast a	gent) will be
performed. 造影剤使用に同意いただに	ナない場合、単純MRI	検査(造影剤を用い	ない)にて検3	査を行う場合がありま	ます。	
Other その他						
<sup>①</sup> In rare cases, the contrast a	gent leaks out	of the blood	vessels	and may caus	se pain. The l	leaked contrast
agent will soon be absorbed	d, but if swelling	ng is severe,	please le	et us know so	that we can	take necessary
measures.						
In addition, please let us kn 稀に造影剤が血管の外に漏れ痛みを伴う また、造影剤注入時痛みがある場合は確認	iow if you have ことがあります。漏れた 忍いたしますのでお知ら	e a pain in th :造影剤はじきに吸い らせ下さい。	ne admin 収されますが	<b>istration of c</b> 、腫れが強い場合に	ontrast agent には処置が必要になり	・ のますのでお知らせ下さい。
<sup>2</sup> Even if there were no adver	rse reactions a	t your previo	us exam	ination (with	contrast age	ent),
there is a possibility that sid 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。				
<sup>③</sup> A consent form is required	for each exam	ination, ever	n though	you have had	d the same ex	kaminations

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。

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。

### **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)

	y/年	m/月	<b>d</b> /∃	Time 予約時間:
Referred by 紹介元ご施設名: Name қ名:		Date	of Birtl	: <b>h</b> 生年月日 :
			01 2110	
* Please be sure to bring your c	onsent form a	and questior	naire (	on the day of your examination, and sub-
them at the reception of the Ra *検査当日、同意書及び問診票は必ず持参し、放				
II	ood the explai	nation about	the nece	essity of the contrast agent and the
possibility of side effects.		2.1		
I agree to take the intravascu	•		_	
Additionally, if any adverse 私は造影剤に関してその必要性と副作用の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	可能性について説明	を受け理解いたし	receive にた。	e the necessary treatment.
y/年 m/月	d/∃	Time 時間:		<u>:</u>
Patient signature 本人氏名:				
Patient's representative 代筆者·代諾者:				<b>Relationship</b> 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 do	ector fills in bel	ow		
			، لہ	
○ Explanation Date 説明日 : Referred by 紹介元ご施設名 :	y/年	III/月	u/	/ <u> </u>
		an 説明医師自筆ご	三署名 : _	
L				
*Please make sure to have <u>hand-wi</u> 説明医師 <u>自筆</u> 署名を必ずお願いいたしまっ	<u>ritten</u> signature o	of the explaining	g physic	cian.

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: Referred by 紹介元ご施設名:	<b>y</b> /年	m/月				:	<del>-</del> -	
Name қа :		Date	e of Birth	生年月日:				
Before performing a MRI w Please answer the questions 造影剤を用いるMRI検査を行うにあたり、貴力	below to the b	est of you	ır knowl	ledge.	·			
● Please ☑ the appropriate	boxes to answ	er each qu	estion t	hat apply	to you.	あてはまるものに	こチェックしてください。	
1. Have you ever had an ex 今まで、造影剤(注射/点滴)を用いた検 □ No stl □ Yes あり → □ CT	食査を受けたことがありま	<b>ますか?</b>	J	, ,			, MDI	
□ NO & □ 1 ES By → □ C I	□ Olography	尿路 立 と	norangio	grapity 胆道	担立影 <b>山 A</b> II	grography	皿官這影 <b>□ IVIIXI</b>	
2. Were there any side effe □ No ねし□ Yes あり → □ Ra □ Other その他(					/omiting	嘔吐 □Hea	dache 頭痛	
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 tal □ Yes to 9 → Pleas	e describe 具体的	にお書き下さい	(				)	
4. Have you ever been diag	nosed with as	sthma? 今	までに喘息(-	ぜんそく)といる	われたことはる	ありますか?		
□ No tal □ Yes to 9 → Pleas	e describe 具体的	にお書き下さい	(				)	
5. Do you have allergies or	allergic disea	ses? アレル	ギー体質、	アレルギー性	の病気があ	りますか?		
□ Fo	ves じんましん 口edication allergy od Allergy 食物のアher その他 (	薬のアレルギー ]	Medicatio			gic rhinitis	アレルギー性鼻炎 ) )	
<b>6. Have you ever been diagno</b> 腎臓の働きが悪い(腎不全)などといわれれ	sed with kidney	failure o	other k	idney dis	eases?			
□ No & □ Yes by → Pleas		にお書き下さい	(				)	
7. Are you pregnant or possib	<b>ly pregnant?</b> 現 't know わからない	在、妊娠中また	は妊娠してい	いる可能性があ	ありますか?			
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 801 Higa, Nakagusuku-son, Naka		_	:098-923-10	091				