

# MRI 検査に関する説明書

ID

患者氏名

様

検査日

年

月

日

生年月日

午前・午後

時

分

MRI 検査についての大切なお知らせですので、検査を受けられる前に必ずお読みください。

## 1. MRI 検査とは

MRI 検査は磁力を利用して、体の中を撮影・画像化する検査です。

検査室内は非常に強い磁力が発生している為、金属製の物は持ち込むことができません。

撮影中は工事現場のような大きな音がします。

検査時間は内容により約 30 分～60 分かかります。安静にして動かないようにしてください。

## 2. 検査室に入る前の諸注意

次に該当する方は検査を受けられない事があります。主治医または検査室職員に申し出てください。

1. 心臓ペースメーカーなど体内埋め込み物を使用している方
2. 手術などで体内に金属がある方(血管ステント、心臓人工弁、脳動脈クリップ、人工関節、避妊リング)
3. 医師から不整脈やてんかんと言われたことのある方
4. 妊娠中、またはその可能性のある方
5. 刺青やアートメイクをされている方
6. 閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方、大きな音に敏感な方

## 3. 検査当日の注意

検査は予約制です。予約時間の 30 分前にご来院下さい。

都合が悪くなった場合は、香芝生喜病院 TEL:0745-71-3113(代)へご連絡ください。

予約時間に遅れて来院された場合には、検査を受けられないことがあります。

検査の都合上、時間および順番が前後することがあります。

救急の検査発生時には検査を一時中断させていただくことがあります。あらかじめご了承ください。

## 4. MRI 検査前の準備

1. 腹部や造影剤を使用する検査では食事や排尿の制限があります。予約票の案内文をご確認ください。

2. 検査着に着替えていただきます。次の物は故障の恐れや検査に影響することがありますので

更衣時に必ず取り外し、検査室に持ちこまないようにしてください。

- ① 金属類 ……腕時計、メガネ、入れ歯、鍵、ヘアピン、金属の付いた下着、アクセサリー類
- ② 磁気カード…キャッシュカード、クレジットカード、定期券などカード類
- ③ その他 ……補聴器、リブレセンサー、携帯電話、カイロ、エレキバン、湿布、カツラ

注意: カラーコンタクト・アイメイク(アイシャドウ・マスカラなど)は含まれている成分によっては発熱し

眼球や皮膚に損傷をきたす可能性がありますので、検査当日はつけずにご来院ください。

ネイルデコレーションなども装飾したままでは検査できないことがあります。

**連絡先** 医療法人 藤井会 香芝生喜病院 TEL : 0745 - 71 - 3113 (代)

# MRI 検査問診票

ID

患者氏名

様

検査日

年

月

日

生年月日

午前・午後

時

分

患者様に、安全に MRI 検査を受けていただく為に、必ず以下の確認をしてください。

※記入漏れ、誤記があると検査を中止する場合があります。

※一項目ずつ確実に記入してください。

1. 身体に危険を及ぼす または 画像不良の原因となるもの	申込時		直前
心臓ペースメーカー (有:原則禁忌)	有	無	<input type="checkbox"/>
手術の経験	有	無	<input type="checkbox"/>
手術、処置による体内金属 (クリップ、ステント、リザーバー、人工弁、リブレセンサーなど)	有	無	<input type="checkbox"/>
手術による体内金属が有場合: 部位( ) 種類( ) MRI: <input type="checkbox"/> 対応 ・ <input type="checkbox"/> 非対応(検査不可)			
手術以外による体内金属 (外傷による金属片、金属避妊リングなど)	有	無	<input type="checkbox"/>
手術以外で体内金属が有場合: 部位( ) 種類( ) MRI: <input type="checkbox"/> 対応 ・ <input type="checkbox"/> 非対応(検査不可)			
金属研磨作業等、金属粉に接する職業経験(眼球内に金属粉有りの場合は検査不可)	有	無	<input type="checkbox"/>
入れ歯・インプラント (種類: 普通 ・ マグネット式(歯科に確認必要))	有	無	<input type="checkbox"/>
歯列矯正ワイヤー (非対応のものもあるので歯科に確認必要)	有	無	<input type="checkbox"/>
補聴器 (※MRI 室入室前に外す必要があります)	有	無	<input type="checkbox"/>
金属製の装具 (義眼、義手、義足、かつら、シーネなど)	有	無	<input type="checkbox"/>
入れ墨・マスカラ (火傷・変色の可能性があり本人の同意必要)	有	無	<input type="checkbox"/>
MRI 対応(車椅子、ストレッチャー、点滴スタンド、点滴棒) 器具への変更	有	無	<input type="checkbox"/>

2. 次に該当する場合 被験者は検査ができない場合があります	申込時		直前
閉所恐怖症	有	無	<input type="checkbox"/>
長時間の静止ができない方	有	無	<input type="checkbox"/>
妊娠中またはその可能性のある方、または授乳中の方	有	無	<input type="checkbox"/>
不整脈などの刺激伝導系異常、体温調整機能の異常	有	無	<input type="checkbox"/>
気管支喘息 (MRI 造影検査 原則禁忌)	有	無	<input type="checkbox"/>
腎機能障害 (CRE 1.5mg/dl以上は MRI 造影検査 原則禁忌)	有	無	<input type="checkbox"/>
造影剤副作用歴 (詳細: )	有	無	<input type="checkbox"/>
アレルギー歴 (詳細: )	有	無	<input type="checkbox"/>

上記の問診を行い、MRI 検査の内容を理解し、実施に同意したことを確認しました。

年 月 日

説明者 \_\_\_\_\_ ④

院内同席者 \_\_\_\_\_

検査担当者 \_\_\_\_\_

# MRI 用造影剤使用検査に関する説明書・同意書

ID

患者氏名

様

検査日

年

月

日

生年月日

午前・午後

時

分

## 1. 造影剤使用

病気の状態をよりはっきりさせるために、MRI 用造影剤(カドリニウム造影剤・その他)を血管内に注射しながら行う造影 MRI 検査を受ける必要があります。造影剤投与に伴う副作用として、次のようなものが出る場合があります。

- <副作用> (1) 軽いもの .. かゆみ、発疹、吐き気、胃の不快感など(頻度:0.01~1%)  
(2) 中等度なもの .. 息切れ、動悸、不整脈など(頻度 0.02%)  
(3) 重篤なもの .. 意識消失、血圧低下、呼吸困難、アナフィラキシーショック(頻度 0.01%)

注①: 検査の際に副作用が出現した場合の準備や対策には万全を期しております。

注②: その他に造影剤の注入中に血管外に漏れが生じることがありますが、少量の漏れは心配ありません。

注③: 極めてまれに多量に漏れた場合は、別の処置が必要となります。

## 2. 造影剤が使用できない場合

副作用が出やすい場合や造影剤を使用できない場合がありますので、主治医または検査室職員にあらかじめ申し出てください。

- <該当者> (1) 気管支喘息のある方  
(2) 腎機能が低下している方、腎臓の手術を受けたことのある方  
(3) 過去に MRI 用造影剤でアレルギーが出たことのある方  
(4) 授乳中の方(造影剤投与後、24 時間は授乳できません)

以上のような事情をよく理解されたうえでこの検査に同意いただける場合は、下の欄にご署名の上、提出して下さい。なお代理人の場合は、ご家族の中からお一人の代表者が続柄とともにご記入くださるようお願い申し上げます。

(同意された場合でもいつでも撤回することができます)

以上の説明をしました。

年

月

日

説明者

印

院内同席者

以上の説明に対して

- 同意します。  
 同意しません。

年 月 日

患者様又は代理人

ご署名

続柄

以下医師記入欄

採血日( 年 月 日)

eGFR 記入の場合、CRE/BUN の記入不要

① eGFR ( ml/min/1.73 m<sup>2</sup>)

\* 原則禁忌 : 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>未満、 必要性考慮 : 30~60 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>

② eGFR 未検査の場合は、3ヶ月以内の

CRE( mg/dl) BUN( mg/dl) を記載ください。

\* 原則禁忌 : CRE 1.5mg/dl以上