

ID			
患者氏名	様		
生年月日		性別	
依頼科		依頼医	

MRI検査を受けられる方へ

あなたの検査は

MRI検査で

から行います。

MRI検査について

- ① 磁石が埋め込まれたトンネルの中に体を入れて、電波を使用して体の中の様子を画像化する検査です。使用する磁気や電波は無害で体に悪い影響は与えません。
- ② 検査予約時刻の20分前までに画像診断センターにて受付を済ませてください。
(遅れると後の検査予約の方の検査にさしつかえます)
なお、遅れた場合は検査を延期させていただくこともあります。
- ③ 予約した日、時間の都合が悪くなった場合は、すみやかに各科外来へ連絡してください。
〈連絡先〉 芳珠記念病院 〈電話〉 (0761) 51-5551

検査手順

- ① 検査時間が長いため、検査の前にトイレをすませてください。
検査時間は部位によって異なりますが、20分～1時間位かかります。
- ② 検査前に検査着に着替えていただきます。
- ③ 更衣した衣類と貴重品はロッカーに入れて鍵をかけてください。
鍵は検査の直前に担当者がお預かりいたします。
- ④ 検査中は担当者の指示に従ってください。
 - ・ 検査が始まると「コンコン」あるいは「ダダダダ」といった音がしますが心配いりません。
 - ・ ベッドに横になっているだけで終わります。
 - ・ 検査中は痛みを伴いませんので、体を動かさないでください。
 - ・ 検査中は検査担当者とマイクを通していつでも会話ができますので、安心して検査を受けてください。
 - ・ 検査部位及び病気によっては造影剤を静脈注射することもあります。
- ⑤ 検査後、安静などは必要ありません。食事や入浴など日常生活は普段通りで結構です。

注意事項

- ① 腹部の検査を受けられる方は、原則として当日の検査前の食事は絶食といたします。
- ② 検査室に入る前に、次のものは必ず取り外してください。持ち物が破損したり、画像にひずみが発生したりして診断できなくなる場合があります。
 - ・ 時計（アナログ・デジタル共）
 - ・ クレジットカード、テレホンカードなどの磁気カード
 - ・ 金属製のもの（カギ・携帯電話・めがね・ボタン・入れ歯・カツラ・ヘアピン・金属のついた下着・ピアス・ネックレス・補聴器・エレキバン・カイロなど）
 - ・ マスカラやアイラインなどの化粧



ID			
患者氏名	様		
生年月日		性別	
依頼科		依頼医	

MRI検査を受けられる方への チェックリスト

①MRI検査を安全に受けていただくために次の質問にお答えください。

次の項目に該当する患者様はMRI検査を受けることができない場合があります。
以下の問いの適したものに☑をつけてください。

① 心臓ペースメーカー、人工心臓弁が埋め込まれていますか？
 いいえ はい

② 脳動脈瘤クリップが埋め込まれていますか？
 いいえ はい
(はいの場合)埋め込まれている脳動脈クリップはMRI対応品であると確認していますか？
 いいえ はい

検査依頼医署名 _____

③ 手術で体内に金属または医療機器(外科用クリップ、ステント、金属インプラント、人工内耳、脳室内シャント、眼球内金属片など)が埋め込まれていますか？
 いいえ はい

④ 妊娠またはその可能性はありますか？
 いいえ はい

⑤ 高度の閉所恐怖症ですか？
 いいえ はい

⑥ 刺青をしていますか？(※刺青が変色したり、やけどをしたりする危険があります)
 いいえ はい
(はいの場合)体に刺青があるとやけどの危険性がありますが検査を行いますか？
危険性を理解した上で検査を行うことに同意します

患者または代理人署名 _____ 続柄()

上述の問診で“はい”と答えた方は、検査ができない場合や、検査を行っても正確な評価ができない場合がありますので、必ず事前に担当者までお知らせください。

②次のようなものを持っていると検査の障害になります。もう一度ご確認お願い致します。

① 貴金属(時計・アクセサリなど)、財布、小銭、ライター、携帯電話、磁気カード
 ない ある

② 取り外しの可能な入れ歯
 ない ある

③ 補聴器
 ない ある

④ コンタクトレンズ(カラーのもの)
 ない ある

⑤ 心臓の貼り薬(ニトロダーム、ニコチンパッチ等、アルミがついているもの)
 ない ある

⑥ その他(カイロ・お守り・湿布・義肢など)
 ない ある



ID			
患者氏名	様		
生年月日		性別	

MRI検査時の造影剤投与に関する

同意書

造影剤を用いたMRI検査が予定されています。MRI検査は、体の内部を観察するものです。血管内に造影剤を投与することによって、あなたの病気をより深く理解することができ、診断または治療の助けとなります。MRI検査に用いられる造影剤には、ガドリニウム製剤と超常磁性体酸化鉄製剤があります。これらは安全なお薬ですが、ごくまれに副作用が起こることもあります。

※副作用の種類は次のようなものです。

吐き気、かゆみ、発疹、頭痛、くしゃみなどの症状があらわれることがあります。ほとんどの場合は症状は軽度で一過性です。

ごく稀に、血圧低下、呼吸困難、急性腎不全、ショック（約0.01%未満）などが起こる可能性があります。さらにこれらが原因で重篤な症状を招き、死亡に至る場合が100万人に1人程度と報告されています。また、いきおいよく造影剤を注射する場合には血管外に造影剤がもれて注射した部位が腫れや痛みを伴うこともあります。時間がたてば吸収されるので心配ありません。

もしも、痛みが続くようであれば看護師にお知らせください。

造影剤を使用する検査の間診票

以下の問いの適したものに☑をつけてください。

- ① 今までに造影剤を使用した検査を受けられたことはありますか？
なし あり : CT検査 腎臓検査 血液造影 MRI検査
- ② その時、副作用はありましたか？
なし あり : 吐き気 かゆみ 発疹 頭痛 その他()
- ③ 今までにぜんそくといわれたことはありますか？
なし あり
- ④ アレルギー性の病気はありますか？
なし あり : じんましん アトピー性皮膚炎 薬・食物アレルギー その他()
- ⑤ 腎臓の働きが悪いといわれたことはありますか？
なし あり

◆女性の方のみ◆

現在、妊娠中ですか？妊娠の可能性ありますか？ 授乳中ですか？
 いいえ はい いいえ はい

上述の間診票のうち問い②-⑤で“あり”の項目にあてはまる方は、造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。このような場合には担当医師の判断で使用しない場合もありますのでご了承ください。

上記の内容を説明いたしました。

20 年 月 日

説明医師（自筆）

再確認日

（上記説明日から3ヶ月以上経過している場合）

20 年 月 日

同席者（自筆）

再確認者サイン

MRI検査時の造影剤投与に関する同意書

私は、造影検査に関して、上記の説明を受け、十分に理解し納得した上で、上記MRI検査時の造影剤投与を受けることに同意します。

20 年 月 日

患者氏名

ご本人が署名できない場合、若しくは未成年の場合は、下記署名をお願いします。

20 年 月 日

代理人署名

続柄 ()

芳珠記念病院

