

画像診断センター

造影MRI 検査 説明書・問診票

患者氏名 _____

検査日時 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 (開始予定)

●検査当日は開始予定時間の30分前までに

○当センターの診察券をお持ちの方

→新患受付②番に診療情報提供書を提出してください

○当センターの診察券をお持ちでない方

→診療申込書を記載後、診療情報提供書と一緒に
新患受付②番に提出してください

●新患受付後、画像診断センターの受付を行い、
MRI 検査受付にお越しくください。

●検査日までに問診票（3・5ページ）をご記入ください。
（検査当日、お持ちください。）

※緊急検査などにより、検査開始時間が多少遅れる場合があります。ご了承ください。

【連絡先】 平日8時30分～17時15分 電話 048-287-2525
画像診断センター MRI室

MR I 検査説明書

◎MRI 検査とは

- ・強い磁石と電磁波を用いてトンネルの中に入って撮像する検査です。
- ・撮像中は工事現場のような大きい音がしますので、耳栓をして入っていただきます。
- ・検査にかかる時間は約40分です。
- ・検査中に、痛みはありません。
- ・検査中は、体を大きく動かすことはできません。
- ・体内に電子装置や特殊な金属類のある方は、MR I 検査はできません。
(金属類について、ご不安、ご不明な場合は、予約または診察時に主治医にご相談ください)

◎検査当日のお食事やお薬について

- ・午前の検査は朝食を、午後の検査は昼食を取らないようにして下さい。
前日夜からの絶食は必要ありません。
- ・膀胱検査は、検査前に排尿をしないで下さい。
- ・常用薬はいつも通りに服用してください。
- ・糖尿病の方は、当日のお食事・お薬については主治医にご相談ください。

◎検査室に入る前の準備と注意点

- ・以下のような金属類は、体から外して更衣室にしまってください。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">○ 時計、携帯電話、補聴器、磁気カード（駐車券、銀行カード、クレジットカードなど）
※壊れたり、使用できなくなったりする場合があります○ ヘアピン、アクセサリ（ネックレス、ピアス、指輪など）○ その他の金属を含むもの（はずせる入れ歯、エレキバン、使い捨てカイロ、メガネ、かつら、金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど）○ 防寒下着（ヒートテック、ボディヒーター、あたたかインナー等）、湿布薬 |
|--|

- ・義肢（義足、義手）、コルセット、義眼などは、入室前に取り外していただきます。
- ・カラーコンタクトレンズ、アイメイク（アイシャドー、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。検査当日には、つけずに来院してください。
- ・刺青（イレズミ：背中、胸、腕、など）は検査中、熱感などを感じる場合があります
異常を感じたらブザーでお知らせ下さい。
- ・磁石を利用した義歯は、MRI 検査後に磁力が低下する場合があります。

・妊娠初期はMRI 検査を受けないことが望ましいので、検査予約時に主治医にご相談ください。

・小児の検査では、睡眠剤や安定剤を使用することがあります。

担当科の指示に従って来院してください。

検査中はブザーをお渡しします。気分が悪くなったらブザーを握ってください。

MR I 検査 問診票

MR I 検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答え下さい

- 1) 体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか
- ・心臓ペースメーカー (MRI 対応も含めて)、埋め込み型除細動器 (いいえ はい)
 - ・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置 (いいえ はい)
 - ・脊柱管内リード線、脊髄刺激装置 (いいえ はい)
 - ・脳動脈瘤クリップ (くも膜下出血の手術) (いいえ はい)
 - ・心臓や血管内の金属類、人工物
(リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど) (いいえ はい)
 - ・人工心臓弁 (いいえ はい)
 - ・圧可変式バルブシャント (脳室シャントなど) (いいえ はい)
 - ・消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ (いいえ はい)
 - ・人工骨頭、人工関節、釘など (整形外科の手術) (いいえ はい)
 - ・胆管、食道、気管などの金属ステント (いいえ はい)
- 2) 体内に外傷による金属片 (銃弾破片や鉄片など) がありますか (いいえ はい)
- 3) 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい

補聴器	義眼	義足	義手	磁石を利用した義歯 (入れ歯)	歯列矯正器具
コルセット	鍼 (はり) の治療針				

※上記 1) ~ 3) 以外の金属、機器、人工物があればご記入下さい

[]

- 4) 刺青 (イレズミ) をしていますか (いいえ はい)
- 5) カラーコンタクトレンズを使用していますか (いいえ はい)
- 6) 貼り薬を貼っていますか (いいえ はい)
- 7) 閉所恐怖症ですか (いいえ はい)
- 8) いままでに MRI 検査を受けたことがありますか (いいえ はい)
- 9) 女性の方へ
妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか (いいえ はい)

MR I 検査 同意書

検査予定日 平成_____年_____月_____日

MRI 検査に関する概要と禁止事項の理解が出来ましたので、MRI 検査を受けることに

同意します ・ **同意しません** 。 (いずれかに○を付けて下さい)

同意日 平成_____年_____月_____日

署名 (本人または代理人) 氏名_____印

造影MR I 検査時のガドリニウム造影剤に関する説明

今回実施するMR I 検査は造影剤という薬を注射します。造影剤の投与によって、病変の有無、性質、範囲といったことをより正確に診断する事が可能となります。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こる可能性があります。

造影剤の副作用・危険性について

- 1) 軽い副作用：主に吐気 0.29%、嘔吐 0.13%、熱感 0.06%、麻疹 0.05%などがあります。治療は必要としません。
- 2) 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などがあります。治療が必要となり、後遺症が残る可能性があります。そのため入院が必要なこともあります。このような副作用の起こる確率は約1万人に対し5人以下 0.05%以下です。病状、体質によっては100万人に対し1人の割合（0.0001%）で死亡する可能性があります。
- 3) 遅発性副作用：ほとんどの副作用は検査中に起こりますが、まれに数時間から数日後に現れることがあります。通常は軽症で治療を必要としませんが、症状がひどい場合にはMR I 検査室まで連絡をしてください。
- 4) 血管外漏出：造影剤を注射する際、稀に血管外に造影剤がもれて注射部が腫れて痛みを伴うことがあります。通常は時間がたてば自然に吸収されます。
- 5) 授乳について：現在授乳中のお母さまが造影MR I を受けられる場合、検査後の授乳について別紙説明書（造影CTやMR I を受ける授乳中のお母さまへ）を必ずお読み下さい。

以下の既往がある方は造影剤の副作用が生じる可能性が高いため、造影検査を行わないこともあります。下記に該当する方は医師に相談のうえ検査をうけてください。

- ・ガドリニウム造影剤に対し、過敏症の既往のある方
- ・気管支喘息、薬剤過敏症などアレルギー性疾患のある方
- ・肝機能障害、腎機能障害のある方
- ・人工透析をされている方

水分摂取制限のない方は検査終了後に水分を多めにとり、造影剤を排泄するようにお願いします。

造影 MRI 検査問診票

1) 過去に造影 MRI 検査を受けたことがありますか。 (はい いいえ)

「はい」と答えられた方へ

そのとき副作用はありましたか。

あればどのようなものか教えてください。

()

2) 今までに薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか。 (はい いいえ)

「はい」と答えられた方へ どのようなものか教えてください。

()

3) 今までに、喘息（ぜんそく）と言われたことがありますか。 (はい いいえ)

「はい」と答えられた方へ いつ、どのような治療をしたか教えてください。

()

4) 一年以内に腎臓の働きが悪いと言われたことがありますか。 (はい いいえ)

5) 造影剤使用量の参考にするため体重を教えてください。 約 () kg

造影MRI検査 同意書

検査予定日 平成_____年_____月_____日

私は今回の検査における造影剤の必要性和副作用に関して理解しましたので検査を受けることに **同意します** ・ **同意しません** 。（どちらかに○を付けて下さい）

川口市立医療センター 病院事業管理者殿

同意日 平成_____年_____月_____日

署名（本人） 氏名_____印