

様

造影MRI検査のご案内（患者様用）

検査日時 年 月 日（曜日） 時 分

検査当日は予約時間の30分前までに当院1階初診受付にお越しください。職員がご案内します。

来院時には、診療情報提供書(紹介状)、マイナ保険証又は資格確認書を忘れずにご持参ください。また、MRI検査申込票（同意書）、MRI検査（造影MRI）の説明・同意書もかかりつけ医の説明後、同意の上記載しご持参ください。その他、必要と思われるものがありましたらお持ちください。

後日、かかりつけの医療機関あてに画像保存したCD-Rと読影所見を送付しますので、検査結果の説明をお聞きください。

1. 検査のご説明

磁気と電波を使って体の断面を画像化する検査です。X線を使わないため、被ばくの心配はありません。検査時間は30分程度です。

2. MRI検査を受ける前の注意事項

- ① 基本的に絶食の必要はありません。ただし、胃、胆道系及び腸管の描出を主とする場合は検査前4時間の絶食が必要となります。コーヒーや牛乳など脂肪分を含んだ飲物も検査前4時間は飲まないでください。水、お茶は飲んでかまいません。
- ② 服用中のお薬は、医師の指示がない限りは普段通り服用してください。
- ③ 検査の開始、終了時刻は予定時刻より多少前後する場合がありますのであらかじめご了承ください。
- ④ スマートフォン、携帯電話、時計、補聴器、磁気カード（クレジットカード等）等は破損する恐れがありますので、検査室への持ち込みにご注意ください。
- ⑤ 湿布、カイロ、アクセサリ（指輪、ネックレス、ピアス等）、発熱性新素材（ヒートテック）等はやけどの恐れがありますので、検査前に外していただくようお願いします。
- ⑥ 次のような方は必ず事前に主治医とご相談ください（検査を行えない場合があります）。
 - ・妊娠中もしくは妊娠の疑いのある方
 - ・肝臓、腎臓に重篤な障害がある方
 - ・気管支喘息やアレルギー体質の方、過去に造影検査で副作用のあった方
 - ・ステント、ペースメーカー、ICD等を装着している方
 - ・持続血糖値測定システム（リブレ等）、血糖値測定器等の電子機器を装着している方
 - ・入れ墨をされている方、体内にMRI非対応（不明）な金属のある方
 - ・閉所恐怖症のある方、長時間同じ体勢を保つのが難しい方

3. MRI検査を受けた後の注意事項

- ① 造影剤を使われた方は、尿として造影剤を体から早く出すために水分を多めに飲んでください。
- ② 造影剤を使われた方で、まれに発疹、めまい、発熱、胸が苦しい、気持ち悪いなどの副作用が起こる場合があります。このような時には、すぐに来院されるか、電話連絡をしてください。
- ③ 乳幼児で睡眠薬を使われた方は、転倒などの事故にお気をつけてください。
- ④ 授乳に対する制限はありません（造影剤の24時間以内の母乳への移行は投与量の0.04%未満、さらに乳児の消化管からの吸収は母乳中に存在する造影剤の1%未満、全体として乳児に吸収される造影剤は投与量の0.0004%未満）。

4. その他

- ① MRI造影検査では、腎機能障害を防ぐため、採血結果の数値を確認してから始めます。当日の採血がある方は、採血結果がでるまでに30分から1時間程かかります。安心、安全な検査のためにご理解とご協力をお願いします。
- ② 予約の変更は、当院医療連携室まで御連絡をお願いします。
- ③ 検査予約時間に遅れた場合、検査が出来なくなる場合がありますのでご注意ください。

連絡先 : 広島市立舟入市民病院 医療連携室 082-232-6123

受付時間 月～金(平日のみ) 9:00～16:30

1/3

MR I 検査申込票（同意書）

MR I 検査中には人体および付属器具は強い磁界と高周波電磁波の中に置かれます。そのため、体内機械の誤作動や金属に対して吸着・発熱作用を起こし、重大な事故が発生する危険がありますので、下記の項目について記入確認をお願いします。

<u>ID 番号</u>	<u>検査日</u> 年 月 日
<u>患者氏名</u>	<u>検査部位</u>
（性別 男・女）	<u>身長</u> c m <u>体重</u> k g
<u>生年月日 T・S・H・R</u> 年 月 日	<u>手術既往歴</u> 無・有()

MRI 検査チェック表

○印を付けて下さい

- | | |
|-----------------------------------|--------------|
| ○30分～1時間程度、同じ体勢を保つのが難しい。 | （ はい 、 いいえ ） |
| ○閉所恐怖症が強い。 | （ はい 、 いいえ ） |
| ○ペースメーカー、ICD、人工内耳等の体内電子機器を装着している。 | （ はい 、 いいえ ） |
| ○体内にMR I 非対応又は不明の金属がある。 | （ はい 、 いいえ ） |
| ○血糖値測定器（リブレ）等の電子機器を装着している。 | （ はい 、 いいえ ） |
| ○妊娠中もしくは妊娠の疑いがある。 | （ はい 、 いいえ ） |
| ○8週間以内にステント等を体内に留置した。 | （ はい 、 いいえ ） |
| ○過去にMR I 造影検査で副作用があった（造影検査のみ記入）。 | （ はい 、 いいえ ） |
| ○肝臓、腎臓に重篤な障害がある（造影検査のみ記入）。 | （ はい 、 いいえ ） |

※上記チェック項目において1項目でも「はい」とお答え頂いた方は検査をお断りしております。

検査当日の注意事項

- 1) 看護師及び担当技師が再度、MR I 検査前に金属等のチェックを行います。
- 2) 金属類（指輪、ピアス、ネックレス、腕時計等）、湿布等は査前に必ずはずしてください。
- 3) 金属のついてない状態で、検査着に着替えていただきます。
（発熱素材の入った衣服は脱いでください。）
- 4) コンタクトレンズ、入れ歯、補聴器等は外していただきますので、保管用の容器をご持参ください。
- 5) 検査時間は30分から1時間程度となります。
- 6) 化粧品は鉄分を含む材料が含まれることがあるので検査中その部分が熱く感じられることがあります。
ご遠慮いただきますようお願いします。アイシャドウ・つけまつげ・ネイル・マスカラ等も同様です。
- 7) 入れ墨をされている方は火傷、痛み、画像乱れ等が発生することがあり、検査中止になる場合があります。

同意書

私は主治医より上記の説明をうけて、MRI 検査を行うことに

同意します

同意しません

年 月 日

患者氏

家族等氏名（続柄 ）

造影剤の静脈注射によるMRI検査（造影MRI）の説明・同意書

患者氏名	様	年齢	歳
生年月日	/ /	性別	（ 男 ・ 女 ）
検査日	/ /	説明医師	

◎ 問診票（依頼科で必ず記入してください）

1. 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか。 （ ある ・ ない ）
2. 検査時および検査後に発疹等、何らかの異常がありましたか。 （ ある ・ ない ）
ある場合、どのような症状でしたか。 （ くしゃみ ・ 吐き気 ・ 発疹 ・ ）
3. ぜんそく、じんま疹等のアレルギーはありますか。 （ ある ・ ない ）
4. Cr または eGFR の値を記入してください。 Cr（ ml/dl ） eGFR（ ml/min/1.73 m² ）
5. 依頼医の責任において造影MRI検査を施行 （ します ・ しません ）

1. 造影MRIの必要性

MRI検査は造影剤注射により、病変の検出や病気の診断に関する情報が増えます。

2. 造影MRIの副作用と頻度

軽症の副作用（1.5%以下）

はきけ、嘔吐、じんましん、発疹、かゆみ、咳、くしゃみ、頭痛など。殆ど検査直後で一時的なもの。

ごくまれに数日以内に生じる事もあります（遅発性副作用）

重症の副作用（2万人に1人）

血圧低下、呼吸困難、ショックなど治療が必要になる場合があります。

3. 禁忌

ガドリニウム造影剤過敏、重篤な腎障害のある方

4. 原則禁忌

一般状態の極度に悪い方、気管支喘息、重篤な肝障害のある方

5. 慎重投与

アレルギー体質、薬剤過敏症、高齢者、てんかん、痙攣、妊婦等

6. 造影剤の血管外漏出（1%未満）

多くは腫れ、痛み等を伴いますが、自然に吸収されるため基本的に経過観察します。

まれに末梢神経障害、血行障害をきたし加療を要する場合があります。

同 意 書

私は造影MRI検査の必要性と、副作用について説明を受け理解をしましたので、
造影剤の静脈注射に

- 同意します
 同意しません

年 月 日

患者氏名

家族等氏名（続柄 ）

※ 検査の実施前であれば、同意の取り消しが可能です。

広島市立舟入市民病院