

様

MRI検査のご案内（患者様用）

検査日時 年 月 日（曜日） 時 分

お約束の日・時間の30分前に当院1階総合受付にご来院ください。職員がご案内します。来院時には、かかりつけ医からの紹介状（診療情報提供書）、MRI検査申込票（同意書）及び保険証を忘れずにご持参ください。その他、書類がありましたら、ご持参ください。

後日、紹介元の医療機関あてに検査結果を通知しますので、そちらで検査結果の説明をお聞きください。

1. MRI検査とは

- 磁石と電波を使って、患者さんはベッドに寝たままで、いろいろな角度から体の断面の写真を撮影します。
- 検査時間は約30分～1時間です。検査中は木槌で木をたたくような音がします。多少うるさいかも知れませんが、ご辛抱ください。

2. 下記の場合、MRI検査は受けられません。「MRI検査申込票」でご確認ください

- 検査中、動かずに安静にできない方
- ペースメーカー、人工内耳など電気的および機械的に作動する体内埋込み機器を持っている方
- MRI非対応の磁性体血管クリップ（頭蓋内動脈瘤、バイパスクリップなど）を持つ方
- MRI非対応の人工関節・ボルト固定などの手術を受けられた方
- 金属異物が体内にある方
- 妊娠している方
- 刺青のある方

3. 造影MRI検査を受けられる方の注意事項

- 腹部、骨盤部造影MRI検査を受けられる方は、検査前に原則4時間の絶食となります。水とお茶は飲んでもかまいません。
- 服用中のお薬は医師の指示がない限り普通どおり服用してください。
- 糖尿病の方は検査の食事制限のため血糖値に影響があります。主治医とご相談ください。
- 授乳に対する制限はありません（母乳が乳児の消化管から吸収される割合は投与量の0.0004%未満）。

5. MRI検査後の注意事項

小さいお子さんで睡眠・鎮静薬が使われた方は、転倒などの事故に気をつけてください。

6. その他

- お聞きになりたいことがありましたら、ご遠慮なくお問い合わせください。
- 予約の変更や取り消される場合は、お早めにご連絡ください。

連絡先：広島市立舟入市民病院医療連携室 232-6123 受付時間月～金 8:30～17:00

MRI 検査申込票（同意書）

2/3

MRI 検査中、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、患者様に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。

ID 番号 患者氏名 (性別 男・女) 生年月日 T・S・H・R 年 月 日	検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	検査部位 _____
	身長 _____ c m 体重 _____ k g
	手術既往歴 無・有(_____)
主治医サイン _____	

MRI 検査チェック表

○印を付けて下さい

30～60分の安静仰臥ができない。	はい・いいえ	半年以内に塞栓コイルやステントなどを体内に留置した。	はい・いいえ
閉所恐怖症が強い。	はい・いいえ	金属異物（弾丸・金片等）が体内にある。	はい・いいえ
ペースメーカー等、体内電子機器を装着している。	はい・いいえ	金属を含む避妊器具を装着している。	はい・いいえ
動脈瘤や血管系にクリップがある。	はい・いいえ	刺青がある。	はい・いいえ
MR I 非対応の人工関節、人工骨頭などがある。	はい・いいえ	人工内耳 偽眼がある。	はい・いいえ
心臓人工弁がある。	はい・いいえ	妊娠している。	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) 担当技師又は看護師が再度 MRI 検査チェック表の確認をします。
- 2) 金属類（指輪、ピアス、ネックレス、腕時計等）は外していただきます。
- 3) 経皮吸収湿布剤（ニトロダーム・ニコチンパッチ等）・湿布類は検査前に必ずはずしてください。（発火、やけどの恐れがあります。）
- 4) 金属のついてない下着一枚になって、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。）
- 5) 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。
- 6) 検査時間は30分から1時間程度となります。
- 7) 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いたします。アイシャドウ・つけまつげ・ネイル・マスカラ等も同様です。

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 _____）

患者氏名	様
性別	男 ・ 女
生年月日	T・S・H・R 年 月 日

検査部位	
依頼医師	

◎ 問診票 (依頼医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検査を (します ・ しません)

1. 造影MRIの必要性；

MRI検査は造影剤注射なしでも行えますが、造影剤を使用すること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です。ごくまれに数日以内に遅れて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。

腎性全身性線維症；

慢性腎不全患者(特に透析患者)にMRI造影剤を使用すると発症することがある原因不明の多臓器線維化性疾患です。発症頻度は不明ですが、国内でも数例程度の報告があります。

3. 原則禁忌；

一般状態の極度に悪い患者、気管支喘息、重篤な肝障害及び腎障害

4. 慎重投与；

アレルギー体質、薬剤過敏症、高齢者、痙攣、てんかん、妊婦、授乳婦など

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いたしましたので、
検査にあたり造影剤を使用することに

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)