

MRI検査を受けられる方へ

様

検査予定日 月 日 () 時 分

来院時間 時 分

《検査当日の注意》

検査予定時間30分前(造影検査の方は1時間前)までにお越しください。

- ◆ **腹部検査や造影検査の方は、午前の検査は朝食を、午後の検査は昼食を取らないでください。**
- ◆ 水やお茶は制限ありません。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。
- ◆ 緊急の患者様を優先させていただく場合がありますのでご了承ください。

《検査のご案内》

- ◆ MRI検査は、磁石(磁場)の中で身体に電磁波をあて体内から得た情報をコンピューターで映像化します。無痛かつ安全な検査です。
- ◆ 強力な磁石を使用するため、**体内に金属がある方は検査が出来ないことがあります。**
別紙『MRI検査に関する説明書』をお読みになり、「問診票」に必要事項を記入の上、ご持参ください。
また造影検査の方は医師の診察を受け、説明を聞いてから同意書を記入していただきます。
- ◆ 費用は、3割負担の方で7千円程、造影検査の方は、1万1千円～1万5千円程になります。(概算)

※当日、急用などでキャンセルなされる場合は下記までご連絡をお願いします。

※ご来院されましたら診察券にて1階総合受付で手続きを行って下さい。

診察券と受付票とこちらの説明用紙を一緒に、2階外来(受付1・受付2)へお出してください。

平和病院MRI担当 TEL 045(571)5584

FAX 045(571)5585

* お問い合わせ対応可能時間: 平日9-16時、土9-12時

MRI検査に関する説明書

MRI検査とは？

MRIとは、磁気共鳴画像の略です。エックス線は使用せず、強い磁石と電磁波を使って体内の状態を断面像として描写する検査です。特に脳や脊椎、四肢、子宮・卵巣・前立腺といった骨盤内に生じた病変に関して優れた検査能力を持っています。

長いトンネルの中で、工事現場のような様々な機械音を出しながら断片的に撮影をおこないます。

正確な画像を得るために、出来るだけ体を動かさないようにしてください。

検査時間は撮影部位によって異なりますが、20～30分程度です。

MRI検査を受けるにあたって事前の注意事項

※心臓ペースメーカーを使用している方は検査を受けられません。

次のような方は検査前に必ずお知らせください。

- (1) 脳動脈瘤手術・人工関節等体内に金属のある方(検査可能な場合があります)。
- (2) 妊娠もしくは、可能性のある方。
- (3) 閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方。
- (4) 造影剤を使用する場合: 気管支喘息(現在治療・服薬)や薬剤その他のアレルギーのある方。授乳中の方。
- (5) 服用中のお薬については、医師からの指示がない限り通常どおり服用してください。

検査当日のお食事やお薬

前夜からの絶食は必要ありません。

- ◆腹部(肝臓・膵臓・胆のうなど)の検査の方は、検査の3時間前より絶飲食してください。
- ◆腹部以外の検査の方は、お食事の制限はありません。
- ◆常用薬はいつも通り服用・貼用してください。
- ◆骨盤部(泌尿器・婦人科)の検査の方は尿をためた状態で来院して下さい。

検査室に入る前の準備と注意点

◆次のような金属類は、更衣室のロッカーにしまってください。

○時計、携帯電話、補聴器、磁気カード(駐車券、銀行カード、クレジットカード等)

*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、アクセサリー(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、眼鏡、かつら、金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど)

その他の注意点

◆以下のものは、含まれ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。

- ・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)
- ・刺青(イレズミ: 背中、胸、まゆげ、まぶたなど)

☆検査中、熱感などの異常を感じたらブザーでお知らせください。

◆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。

検査中の注意点

検査中はブザーをお渡しします。気分が悪くなったときなどはブザーを握ってお知らせください。

MRI検査後の注意事項

MRI検査後は特に制限はありません。普段通りの生活を送ってください。

MRI検査問診票・同意書

検査を安全にお受けいただくための質問です、該当する解答の□にチェックをして下さい。

1. MRI検査を受けるのは初めてですか いいえ はい
2. 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対応を含めて)、埋め込み型除細動器:ICD いいえ はい
 - ☆ 可変圧式バルブシャント(脳室シャント・V-Pシャント) いいえ はい
 - ☆ 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置 いいえ はい
 - ☆ 脊髄刺激装置、脊椎管内リード線 いいえ はい
 - ☆ 脳動脈クリップ(クモ膜下出血の手術、MRI対応を含めて) 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
 - ☆ 心臓や血管内の金属類、人工物
〈人工心臓弁、ステント、コイル、人工血管、フィルター、リード線など〉 いいえ はい
 - ☆ 気管や食道、胆管などの金属ステント いいえ はい
 - ☆ 脊椎固定具、人工関節、人工骨頭(整形外科手術) いいえ はい
 - ☆ 体内に外傷による金属片(鉄片や銃弾破片など)があります 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。

・義眼・義足・義手・ウイッグ・かつら・体内置き針・ネックレス・ピアス・指輪 ・義歯(入れ歯・インプラント・磁石を利用した義歯)・歯列矯正器具 ・補聴器・避妊リング・コルセット・コンタクトレンズ
--

※2~3以外の金属、機器、人工物があればご記入下さい。

--

4. 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか いいえ はい
5. 貼り薬(外すのに医師の指示が必要なもの)を貼っていますか いいえ はい
6. 刺青(タトゥー)をいれていますか いいえ はい
7. 閉所恐怖症ですか いいえ はい
8. MRIの検査中、動かないでいることは可能ですか(痛み・しびれ・咳等) いいえ はい
9. 現在の身長と体重を教えてください 身長 _____ cm 体重 _____ kg

同意書

私は「MRI検査に関する説明書」を読み及び医師からの説明を受け納得し、検査の必要性・安全性について理解しました。 はい いいえ

MRIの検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

患者番号 患者署名

代理人の署名 (続柄)

検査を受ける方が未成年の場合、及び付き添いが必要な方は、御家族や代理人の方がご署名をお願いいたします。

医師確認事項(医師に再度確認し検査をするか指示を受ける) 確認医師名 []

MRI検査における造影剤使用に関する説明書

検査当日、あなたが受ける検査では、造影剤という検査薬を使用いたします。
造影剤を用いることにより、病気の状態がより正確に把握でき、今後の治療に役立てることが出来ます。
安全な薬ですが、まれに副作用を生じることがありますので、以下の項目をよくお読みになった後に、
ご不明な点を主治医に質問し、納得されましたら同意書に署名をお願いいたします。

1、造影剤とは？

詳しい画像情報を得るための検査用薬剤です。
通常、静脈注射で行います。MRI用の造影剤は、ガドリニウム製剤です。

2、造影剤使用に注意が必要な方

以下の方は造影剤使用により重篤な副作用が生じる可能性がより高くなることが知られています。
当該される方は必ず主治医にお知らせの上、検査の可否につきご相談下さい。

- ①以前にMRI用造影剤で具合が悪くなったことがある。
- ②気管支喘息(小児喘息)やアレルギー体質と診断されている、または診断されたことがある。
- ③重い腎臓の機能低下がある、あるいは腎臓の病気があると診断されている。
- ④妊娠中である、若しくは妊娠の可能性がある。(胎児への影響がわかっていないため)
- ⑤授乳中である。(造影剤使用後48時間は、授乳を避けてください。)

MRI用造影剤(ガドリニウム製剤)の副作用には次のようなものがあります。

- 1)軽い副作用(約100人に1人程度 : 1%程度)
嘔気、嘔吐、熱感、動悸、頭痛、かゆみ、発疹など。基本的には治療を要しません。
- 2)重い副作用(約1万人に5人程度 : 0.05%程度)
呼吸困難、血圧低下、意識障害など。通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。
- 3)他の薬剤と同様に、ごく稀に死亡例の報告がありますが、当院ではそのような事例はありません。
(約100万人に1人程度 : 0.0001%)

*なお、勢いよく造影剤を注入する場合、血管外に造影剤がもれる場合があります。この場合、注射部位が腫れて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば吸収されますので、心配は要りません。
もれた量が非常に多い場合には、別の処置を要することもあります。非常に稀なケースです。

4、検査前の絶食について

造影検査を行うに当たり、**検査前3時間以内**の食事はお控えください。また、水分においては、水やお茶は飲んでも構いません。

5、検査後の注意点

- *検査後は普段通りの生活を送ってください。
- *造影検査を行った患者様は、水分を多めに摂ってください。造影剤はほとんどが尿と一緒に排泄されます
- *授乳中の方で造影検査をされた方は、検査後の48時間は授乳を避けてください。
- *不快な症状(じんましんや吐き気、身体のむくみ、のどがイガイガする等)を感じましたらご連絡ください。

6、緊急時の対応

検査中は、MRI検査室には常に看護師と放射線技師がおり、万が一副作用などが生じた場合には院内の医師が迅速に対応いたします。

また、検査終了後数時間～数日後に先述の症状や、何らかの異常が現れた場合にはご連絡ください。

* 時間外・休日の場合は救急外来で対応いたします。

ID:

造影MRI検査問診票・同意書

検査を安全に行うための質問です、該当する回答の□にチェックをしてください。

1. MRI検査 問診票兼同意書に同意しましたか いいえ はい

※造影MRI検査は、MRI検査問診票。同意書に同意していなければ検査できません。

2. 今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか いいえ はい

①どのような検査でしたか MRI CT 腎臓系 胆のう系 血管造影 その他

②「はい」とお答えになつた方、その時副作用はありましたか いいえ はい

③その時はどのような症状でしたか

発疹(かゆみ) 吐き気(嘔吐) 頭痛 その他[]

3. 今までにぜんそくと言われたことがありますか いいえ はい

4. アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか いいえ はい

①どのようなアレルギーですか

じんま疹 アレルギー性鼻炎 アトピー性皮膚炎

食物アレルギー[] 薬のアレルギー[]

その他[]

5. これまでに腎機能障害と診断されたことがありますか いいえ はい

①人工透析を受けている。また、受けたことがありますか いいえ はい

*病院確認欄

血清クレアチニン値 年 月 日 [mg/dl]

※ご記入いただいた全ての個人情報は、検査の目的以外で使用はしません。

造影剤を使用するMRI検査の同意書

私は造影剤使用に関して注意事項・検査の必要性・造影検査の副作用について説明を受け納得しました。
造影剤を使用する検査について理解できましたので造影MRI検査を実施する事に同意します。

同意日 年 月 日

患者番号

患者署名

代理人の署名

(続柄)

MRI検査依頼票

撮影日時	年 月 日 時 分頃			
紹介医	病院 医院 クリニック		科・Dr	
患者氏名	連絡先(TEL): ふりがな		男・女	身長 cm
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	殿	体重 kg
電話	自宅	局	—	
	(連絡先)	局	—	
装置の故障・修理等により撮影できない場合、直接連絡させていただきますのでご記入ください				
ご依頼理由(主な症状・病歴など)			*MRI結果は専門医が読影し 文書にて郵送いたします。	
撮影部位 ○印をお付けください	1) 頭部 2) 頸部 3) 脊椎・脊髄 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) 4) 胸部 (乳房 ・ 縦隔) 5) 腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎) 6) MRCP 7) 骨盤 (子宮 ・ 卵巣 ・ 前立腺 ・ 膀胱) 8) 右 ・ 左上肢 (肩 ・ 上腕 ・ 肘 ・ 前腕 ・ 手関節) 9) 右 ・ 左下肢 (股関節 ・ 大腿 ・ 膝 ・ 下腿 ・ 足関節) 10) その他 ()			
造影剤の有無	無 ・ 有 *造影剤検査希望の場合、事前にお問い合わせください。			

【体内金属物等MRI検査時の危険性に関する確認】

注意:「MRI検査を受けられる方へ」の禁止事項・注意事項を必ずご確認ください。

体内挿入物がある場合、素材を確認し、MRI撮影可能かどうかを確認の上、下記コメント欄にチェックをお願いします。

体内挿入物の素材が確認できない場合、検査が遅れたり、やむ迫えずお断りすることがあります。

体内金属物・心臓ペースメーカー・人工内耳・インプラント・刺青等、MRI検査における危険性の有	MRI撮影の指示コメント
無 ・ 有 (種類:)	□危険性を説明した上で、本人の了承を確認していますので撮影を依頼します。

※15歳以下の小児患者様の撮影は基本的にお断りしています。必ず事前にお問い合わせください。

恐れ入りますが必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。
原本は当日当院にご持参いただくように患者様にお渡しく下さい。

平和病院MRI担当 電話 045-571-5584

*ご予約対応可能時間:平日9-19時、土9-12時(17-19時は救急対応が優先となり、お電話が繋がりにくい場合がございます。)