

MRI検査説明書

MRI検査とは、強い磁石と電波によって、人体の内部構造を画像化する検査です。

検査の注意事項

検査室内は磁場の部屋になっており、体内にペースメーカーなどの金属や電子機器が入っている方は原則として検査ができませんので必ず主治医に申し出てください。閉所恐怖症の方も申し出てください。補聴器、装飾品、腕時計、鍵、エレキバン、使い捨てカイロ、磁気カード類、アイライナーや入れ歯にもご注意ください。

検査の手順

- 1) 検査室外で身につけている金属類をすべて取り外し、検査室内に入り寝台に仰向けになります。
- 2) 15~60 分間(通常は 30 分以内)仰向けの姿勢を保ってください。撮像時(いろいろな音がします)。
- 3) 途中で具合が悪くなった場合は検査中にお持ちいただくナースコールにより教えてください。
- 4) 画像処理のため検査結果はすぐには出ません。後日の診察日に主治医から説明を受けて下さい。
- 5) 検査の内容によっては造影剤の注射や飲み薬を使用する場合があります。

予定時間通り検査を行うように努力しておりますが、個々の検査ごとに検査内容が異なり、予約時間と実際の検査開始時間が多少ずれることがあります。ご了承下さい。

依頼医療機関の医師が記入し、検査当日にご持参ください。

患者の手術歴等の問診のうえ、以下の医療機器等が患者の体内外にないことを確認し、以下のチェック欄に✓を記載して下さい。体内金属があり MRI 検査が可能な場合は「MRI 可」欄に✓を記載して下さい。体内金属が古い、あるいは材質不明な場合は検査ができないことがあります。安全な検査施行にご協力をお願い致します。

MRI検査禁忌

- | | | | |
|----------------------------|-------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 無 | ペースメーカー・除細動器 | <input type="checkbox"/> 無 | 人工聴覚器 (人工内耳・人工中耳・骨固定型補聴器・骨伝導式補聴器) |
| <input type="checkbox"/> 無 | スワンガンツカテーテル | <input type="checkbox"/> 無 | 可動式義眼 |
| <input type="checkbox"/> 無 | 神経刺激装置・骨成長刺激装置 | <input type="checkbox"/> 無 | 磁石式人工肛門 |
| <input type="checkbox"/> 無 | インスリンポンプ・持続血糖モニター | | |

場合によってはMRI検査禁忌

- | | | | | | |
|----------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | 脳動脈クリップ・コイル | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | 避妊リング |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | 人工関節・義肢・プレート | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | 人工弁 |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | 各種ステント | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | 内視鏡クリップ |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | 気管切開チューブ | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | 磁石式歯科用インプラント・歯科矯正器具 | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> MRI対応有 | その他 () | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 患者同意有 | ネイル (ジェル・マグネット) ※やむを得ない場合 | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 患者同意有 | 刺青・タトゥ※やむを得ない場合 | | | |
| <input type="checkbox"/> 無 | | 妊娠の可能性 | | | |

患者氏名: _____

確認者署名: _____

以上の内容を確認し、検査適応ありと判断しました。

説明日: @@DYTODAY@@ @@SYDPTNAME@@ 担当医: @@SYUSRNAME@@

造影剤を用いるMRI検査を受けられる方へ

MRI検査は造影剤を使用しなくても行えますが、造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし治療に役立てます。これは安全なお薬ですが、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。

- 1) 軽い副作用：吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹などで、基本的に治療を要しません。このような副作用が起こる確率は、約100人につき1人、つまり1%です。
- 2) 重い副作用：呼吸困難・意識障害・血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。そのため、入院や手術が必要なこともあります。このような副作用が起こる確率は、約1万人につき5人以下、つまり0.05%以下です。
- 3) 非常にまれですが、病状・体質によっては約100万人につき1人の割合 (0.0001%) で、死亡する場合があります。

なお、勢いよく造影剤を注入する場合には、血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射部位が腫れて、痛みが伴うこともあります。基本的には、時間が経てば吸収されますので心配いりません。漏れた量が非常に多い場合には、別の処置が必要となることもあります。非常にまれです。

当院では万一の副作用に対して万全の体制を整えて、検査を行っています。もし異常を感じたら、ためらわずにすぐにおっしゃって下さい。普段飲まれているお薬は、通常通り服用して下さい。

必要事項をご記入の上、検査当日ご持参下さい

造影MRI検査問診票

1. 今までに造影剤（注射/点滴）を用いた検査を受けたことがありますか？（該当検査に○をつけてください）

なし あり 検査： MRI検査・CT検査・尿路造影・胆道造影・血管造影

2. その時に副作用はありましたか？（該当症状に○をつけてください）

なし あり 症状： 発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・呼吸苦・その他（ ）

3. 今までに気管支喘息といわれたことはありますか？また、その治療中ですか？

なし あり 治療中 最終発作（ ）

4. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことはありますか？

なし あり 透析中（シャント みぎ ひだり）

5. 現在、授乳中、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？

なし 授乳中 妊娠中 わからない

※ 検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もあります。

※ 同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

※ 当日腎機能を確認するために採血をされた方は結果が出るまで**1時間以上**お待ちいただく場合がありますのでご了承ください。

造影MRI検査同意書

私は、今回の造影剤を用いた検査を受けるにあたり造影検査とその危険性について「造影剤を用いるMRI検査を受けられる方へ」を読み納得しました。よって造影検査を受けることに 同意 拒否 します。

※ 造影剤使用を拒否された場合、そのことによる結果について担当医・検査担当医・病院は責任を負いません。

署名日：西暦 年 月 日

患者または代理人（続柄 ）署名：

上記患者に対して本文書において造影検査について説明しました。

説明日：@@DYTODAY@@ @@SYDPTNAME@@ 担当医：@@SYUSRNAME@@