

MRI 検査の説明書

1. MRI 検査について

- ・強力な磁気のと電波を使って臓器や血管を撮影する検査です。
- ・検査中は大きな音がします。検査時間は 20～40 分ほどかかります。

2. 検査の注意点

- ・身体の中に金属類がある場合、検査ができない可能性があります。
- ・刺青・アートメイクはやけどの可能性あります。
- ・全ての方に検査着へ着替えていただいています。
- ・着替えをしやすい服装で来院してください。
- ・ヘアピン・アクセサリー等の金属は装置に吸着する恐れがあるため持ち込めません。
- ・時計・補聴器・磁気カードは故障するので持ち込めません。
- ・お化粧品は画像に影響を及ぼす可能性があるため、アイメイクはしないでください。
- ・入れ歯やコンタクトレンズは外していただきますので、容器を御持参ください。
- ・腎臓・膀胱・前立腺の検査を受けられる方は、膀胱にお小水の溜まった状態で検査します。検査前 1 時間は排尿しないでください。(無理な場合は検査室に連絡してください。)

3. 飲食について

検査部位により、食事や飲水に制限があります。

- ・造影検査は副作用を想定し、検査 3 時間前から禁食をお願いします。
- ・腹部・骨盤部の検査は検査 3 時間前から禁食、飲み物は水・お茶をお飲みください。

4. 薬について

常用薬は主治医の指示に従い服用してください。

腹部・骨盤部の検査の方は、検査当日鉄剤の服用はしないでください。

予約票

様の検査は

月 日 時 分です。

検査当日は検査 30 分前の (:) に放射線科受付にお越しください。

食事制限	<input type="checkbox"/>	あり	検査 3 時間前 (:) から禁食	<input type="checkbox"/>	なし
飲み物制限	<input type="checkbox"/>	あり (水・お茶のみ可)		<input type="checkbox"/>	なし
服薬制限	<input type="checkbox"/>	あり	当日 (朝・昼) 中止	<input type="checkbox"/>	なし
排尿制限	<input type="checkbox"/>	あり	検査時間 1 時間前 (:) から	<input type="checkbox"/>	なし

検査日時の変更または検査をキャンセルされる場合は、稲城市立病院に早めに連絡ください。

稲城市立病院

代表TEL 042-377-0931
受付時間 15:00～16:00

MRI検査の問診票

様

記入日： 年 月 日

1. 心臓ペースメーカー・ICD を使用していますか？ いいえ はい
 MR 検査対応機種ですか？ 知らない いいえ はい
 装置の機種 (メーカー： _____ 型式： _____)
2. 今までに手術をしたことがありますか？ いいえ はい
 _____ 年頃、手術名 (_____)
3. 身体の中に金属が入っていますか？ いいえ はい
 クリップ・コイル・人工関節・ステント・人工心臓弁・人工内耳・金属プレート
 義眼・入れ歯・インプラント・事故による金属片・その他 (_____)
4. 刺青やアートメイクがはいっていますか？ いいえ はい
 入っている場所 (_____)
5. 狭いところが苦手ですか？ いいえ はい
6. 検査中 (20~40 分) 同じ姿勢をたもてますか？ いいえ はい

7. 現在の体重をご記入ください _____ kg

8. (女性の方のみ)
 現在、妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

9. その他、気になることや質問があれば記入してください。
 (_____)

* 上記項目の「下線付き □」のいずれかに印がある場合は検査室に確認してください。

説明者署名： _____

MRI 検査室内に持ち込むと破損または検査に影響を及ぼすものがあります。
 検査直前に担当者が再度確認をします。

刺青・アートメイクがある方へ

刺青・アートメイクには、インク成分に鉛物を含むものがあります。
 MRI 検査によって変色や低温やけどを生じる可能性があります。
 今回の検査の必要性和危険性について説明を受け、内容を十分に理解しました。
 そのうえでMRI 検査実施に同意します。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 同意者署名： _____

検査室チェック者署名：

造影剤使用の問診票

_____様

記入日： _____年 _____月 _____日

1. アレルギー体質ですか？ いいえ はい
2. 気管支喘息と診断されたことがありますか？ いいえ はい
- 現在治療中ですか？ いいえ はい
3. 腎臓の働きが悪いといわれたことがありますか？ いいえ はい
4. 今までに次の病気にかかれたことはありますか？ いいえ はい
- 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 甲状腺疾患 ・ 心臓病 ・ 腎臓病
5. 造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？ いいえ はい
- MRI ・ CT ・ 腎臓/尿路造影 (DIP/IP) ・ DIC ・ 血管造影 (心カテを含む)
6. その時に副作用はありましたか？ いいえ はい
- 症状を教えてください (_____)
7. 現在の体重をご記入ください _____ kg
-
(女性の方のみ)
7. 現在、授乳中ですか？ いいえ はい
8. 生理周期と月経日を教えてください。 _____ 日周期
- _____ 日 ~ _____ 日
9. その他、気になることや質問があれば記入してください。
(_____)

* 上記項目の「下線付き □」のいずれかに印がある場合は検査室に確認してください。

説明者署名： _____

実施コメント

	同意を得て造影剤を使用します。
	副作用を発症する可能性があるため、造影剤を使用しません。
	造影剤は使用せず、検査を終了します。

検査室チェック者署名：

実施医師署名：

非イオン性 MRI 用造影剤を用いる MRI 検査を 受けられる患者様へ

今回実施する MRI 検査は、非イオン性 MRI 用造影剤という薬剤を静脈から注射し、あなたの病気の状態をより明らかにする検査です。MRI 検査は造影剤を使用しなくても行えますが、病気によっては得られる情報が不足し十分な診断ができない場合があります。

非イオン性 MRI 用造影剤は安全なお薬ですが、以下のような副作用が起きることがあります。

1. 軽い副作用

くしゃみ、吐き気、熱感、かゆみ、発疹、頭痛、血圧上昇、頻脈などです。

ほとんどは軽く一過性で基本的には治療を要しません。

このような副作用が起きる頻度は 100 人に 5 人以下（5%以下）です。

2. 重い副作用

冷感や呼吸苦、失神、アナフィラキシーなどです。

このような副作用が起こる確率は 4000 人に 1 人程度（0.025%程度）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になることがあります。その際の経費（保険診療の自己負担分）は原則として患者さんの負担になりますのであらかじめご承知ください。

時にこのような副作用が遅れてあらわれる、たとえばご自宅に帰ってから生じることもあります。

このような症状があらわれた場合には速やかに主治医等、病院までご連絡ください。

非常にまれですが、症状や体質によって約 100 万人に 1 人の割合（0.001%）で死亡することがあります。

3. その他の副作用

重篤な腎機能障害のある患者への投与後に腎性全身性線維症（Nephrogenic Systemic Fibrosis : NSF）を発症した症例が報告されています。

4. 非イオン性 MRI 用造影剤を勢いよく注入する必要がある検査の場合

血管外に造影剤が漏れ、注射した部位に腫れや痛みを生じることがあります。漏れた造影剤は基本的には時間とともに吸収されますが、ごく稀に、切開などの追加処置が必要となる場合があります。

注意事項

- * 1. 非イオン性 MRI 用造影剤に対し過敏症の既往歴がある方
- 2. 気管支喘息やアレルギー疾患の既往歴がある方
- 3. 腎障害のある方又は腎機能が低下しているおそれのある方

上記の方は副作用や重篤な合併症を生じる頻度が高いことが分かっています。安全な検査を行うため、別紙の間診票へのご記入をお願いいたします。

万一の副作用に対して救急処置の準備をして検査を行なっています。もし異常を感じましたら、ためらわずにすぐにおっしゃって下さい。

- * * 妊娠中の投与に関する安全性は確立していません。妊娠または妊娠をしている可能性がある女性は、診断上の有益性が危険性を上回ると判断される場合のみに検査を行いますので、お申し出ください。

以上の説明を行いました。わからないことがある場合にはご遠慮なくお尋ね下さい。

ご理解のうえご同意いただけましたら、別紙の同意書をご提出ください。

なお同意書を提出された後でも、同意を撤回することも出来ます。撤回される場合にもご遠慮なくお申し出ください。

説明年月日 _____ 説明者氏名 _____

説明同席者氏名 _____

同意文書

稲城市立病院 病院長 殿

私は治療・検査を受けるに当たって、
下記の医師から、説明文書（No.放 0005）に記載された全ての事項について説明を受け、その内容を十分に理解しました。そのうえで、この検査・治療を受けることに同意します。

1. あなたの病名・病態
2. 検査・治療の目的
3. 検査・治療の内容および注意事項
4. 検査・治療に伴う合併症とその発生率、合併症発生時の対応
5. 代替可能な検査・治療
6. 治療を行わなかった場合に予想される経過
7. 検査・治療の同意撤回の権利

【説明】

説明年月日： 年 月 日

説明医： _____（自筆署名、もしくは記名押印）

病院側同席者： _____（自筆署名、もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合には、印を加える。）

【同意】

同意年月日： 年 月 日

同意者（本人）： _____（自筆署名もしくは記名押印）

患者さんの同席者： _____（自筆署名もしくは記名押印）

（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合には印を加える。）

同意者（代理人）：（患者さんとの関係： _____）

※ ご本人が同意能力がない場合にのみ、代理人の方が自筆署名もしくは記名押印してください。（自筆する。ゴム印を用いたり、印字の場合は印を加える。）