



MRI 検査を受ける方に



《MRI 検査について》

- ・MRI は磁気と電磁波を利用した検査であり、非常に大きな音がします。
- ・検査は 20～30 分（検査により多少変わります）かかり、動くことが出来ません。
- ・撮影は息止めや呼吸に連動したもの、心電図をつけておこなう撮影もあります。

※検査の都合により、開始時間が前後することがありますのでご了承下さい。

《検査前制限》

- 食事制限：腹部検査・造影検査の方は予約時間 4 時間前から食事を控えて下さい。
(お茶・水のみ 1 時間前までお飲みいただいてもかまいません。)
- 排尿制限：前立腺・膀胱を撮影する方は予約時間の 1 時間前より尿を溜めて下さい。

《検査前の注意》

- ・安全性が確認出来ない金属は、場合によっては検査がおこなえません。
 - ※スプレー式増毛剤（アートミクロンなど）は当日、使わずにご来院下さい。
 - ※マグネットネイルや耳つぼジュエリー等の金属を含んだものは、外してご来院下さい。
 - ※歯科矯正は事前に歯科医師に問い合わせ、必要であれば器具を外してのご来院下さい。
 - ※腹部・骨盤部撮影の方は鉄を含むサプリメント等の内服を前日よりお控え下さい。

《未成年の方の検査》

保護者の同意が必要となります。検査同意書に保護者の方の同意をお願いいたします。
また、保護者にサインがもらえない状況の方（一人暮らしで遠く離れているなど）は検査当日に電話にて確認をとる場合もあります。連絡が取れるようにしておいてください。

- ・下記のものが体内にある場合や対象の方は医師にお申し出ください。

・心臓ペースメーカー ・心臓人工弁 ・脳動脈クリップやコイル ・人工内耳
・ステントグラフト ・冠動脈ステント ・消化管クリップ ・脊髄刺激装置
・可変式シャントバルブ（V-P シャントなど） ・金属製尿管ステント
・治療用密封小線源 ・その他体内に埋め込んだ金属 ・閉所恐怖症の方
・妊娠・または妊娠の可能性がある方 ・刺青がある方 ・DIB キャップ

- ・下記のものは入室前に外していただきます。

・入れ歯・補聴器 ・眼鏡・ヘアピン・かつら・時計・指輪・アクセサリ類
・エレキバン・使い捨てカイロ ・金属付き下着 ・ファスナー付き衣服
・キャッシュカード ・カラーコンタクトレンズ ・血糖値測定装置

予約の変更を希望される方はご紹介元の病院へご連絡下さい。

検査に関してのご不明な点は戸田中央総合病院 放射線科 MRI 室へ連絡して下さい。

MRI検査 問診・同意書

ID: _____ 氏名: _____ 様 検査予定日: _____

検査日 ① 月 日 ② 月 日 ③ 月 日 (取得後手術を受けた場合は再取得)

《MRI検査問診票》

検査を安全に行うために以下の項目すべてに☑をお願いいたします。『はい』の場合、対応・非対応の☑もお願いします。非対応では検査は出来ません。対応品でも、画像に影響が出ることがあります。

体内金属	<回答>
1 心臓ペースメーカーやその他の電子機器を挿入している <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> ループレコーダー <input type="checkbox"/> 脊髄刺激装置 <input type="checkbox"/> 骨成長刺激装置 <input type="checkbox"/> 人工内耳 注)対応製品であっても当院で対応できないものもあります。条件付きMRI対応ペースメーカーの場合、事前に循環器内科の受診が必要です、フロー参照して下さい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ├ <input type="checkbox"/> 対応 └ <input type="checkbox"/> 非対応
2 脳動脈瘤クリップを入れている (種類によって撮像出来ないものがあります)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ├ <input type="checkbox"/> 対応 └ <input type="checkbox"/> 非対応
3 上記以外で医療機器(医療)を体内に入れている <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤コイル <input type="checkbox"/> スtentグラフト <input type="checkbox"/> 冠動脈stent <input type="checkbox"/> 心臓人工弁 <input type="checkbox"/> 消化管クリップ <input type="checkbox"/> 金属製stent(尿管・胆道・直腸など) <input type="checkbox"/> 可変式シャントバルブ <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 人工関節・プレート・ボルト <input type="checkbox"/> 避妊リングなどの婦人科系挿入物 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ├ <input type="checkbox"/> 対応 └ <input type="checkbox"/> 非対応
4 その他の医療器具を装着している <input type="checkbox"/> DIBキャップ(磁石開閉式バルーンカテーテルキャップ) <input type="checkbox"/> J-VAC(低圧持続吸引) <input type="checkbox"/> インスリンポンプ <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 血糖値測定器 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義手・義足・義眼 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
金属の詳細(挿入日・型番・3T対応など)	

その他の確認事項	<回答>
5 現在、妊娠中(可能性)がある(特に妊娠15週以前の安全性は確立されていません)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 閉所恐怖症やパニック障害がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 刺青・アートメイク・マスカラ・ネイルをしている(材質によって低温やけどの可能性あり)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 金属アレルギーの可能性(MRCPの際、マンガンを含む薬を服用)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 スプレー式増毛剤(アートミクロンなど)を使用している(当日は使用しないで下さい)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10 鉄剤(サプリメント)を服用している(腹部・骨盤の撮影は、当日服用しないで下さい)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

《MRI検査同意書》

戸田中央総合病院 病院長殿

上記の項目のチェック項目に誤りはなく、MRIの必要性・安全性について説明を受け、理解しました。

MRI検査予約票に書かれた内容を読み、十分に理解した上で、検査の実施に同意いたします。

いったん同意書を提出しても、検査・治療が開始されるまでは、本検査・治療を受けることをやめることができます。

御遠慮なくお申し出ください。

記入日: _____ 説明医師署名: _____

記入日: _____ 患者署名: _____

記入日: _____ 同席者署名: _____ (続柄)

《造影MRI検査問診票》

検査の安全性を確保するため、以下の項目にお答えください。	<回答>
1 以前にMRI造影剤を使用し、副作用を起したことがある (グレード2以上は主治医の立ち合いが必要です)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 気管支喘息(小児喘息を含む)の治療歴がある(対象者は主治医立ち合いが必要です)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 本人または両親・兄弟がアレルギー体質である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4 重篤な腎障害や腎機能の低下がある(透析患者やeGFR<30で検査禁忌)※採血結果を参照して下さい	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 重篤な肝障害・心障害がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 薬剤を使用して過敏症(副作用)を起こしたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 てんかんになったことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 現在妊娠中または授乳中である(造影後24時間は授乳を控える)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

超常磁性酸化鉄(SPIO)造影剤使用時は追加記入をお願いします

9 鉄過敏症である(ヘモクロマトーシス等)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10 現在、出血しているところがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医師コメント欄	

署名記載日: _____ 説明医師署名: _____

《造影MRI検査説明書》

- 病気をより詳しく評価するために今回の検査では造影剤を用いる必要があります。
- 造影剤は比較的副作用が少ない薬ですが、ほかの薬と同様に副作用が起こることがあります。
軽い副作用では、吐き気・咳・かゆみ・発疹・発赤・嘔吐などの症状が1%の確率で起こりますが、基本的には治療の必要性はありません。
重い副作用では、呼吸困難・意識障害・血圧低下などの症状が0.01%の確率で起こり、治療が必要です。
また、非常にまれですが、病状・体質によっては0.0001%の確率で死亡する場合があります。
- 造影剤が血管外に漏れることがあります。この場合注射部位が腫れ痛みを伴うことがありますが、基本的には時間がたてば吸収されます。
- 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。
- いったん同意書を提出しても、検査・治療が開始されるまでは、本検査・治療を受けることをやめることができます。御遠慮なくお申し出ください。

《造影MRI検査同意書》

戸田中央総合病院 病院長殿

MRI検査問診のチェック項目に誤りはなく、MRI検査予約票に書かれた内容を読み、MRIの必要性・安全性について説明を受け、理解しました。
造影MRI検査問診のチェック項目に誤りはなく、造影剤の必要性と副作用の可能性について説明を受け、理解しました。
造影剤を用いたMRI検査を行うこと、また万が一副作用が発生したときに必要な処置を受けることに同意をします。

署名記載日: _____ 患者署名: _____

署名記載日: _____ 同席者署名: _____ (続柄)