

磁気共鳴画像診断(MRI)を受けられる患者さまへ



放射線を使用しません

MRI検査は、磁気とコンピューターを使用して、体内の診断を行うものです。

MRI装置は、非常に強い磁場と高い周波数電波を用いて検査を行うため、検査室に各種金属・磁性体等を持ち込むと、身体の安全性や画像に影響を及ぼします。

また、造影剤を使用して検査を受けられる方は造影剤説明書（別紙）を参照して下さい。検査予約時には、下記のことにご注意ください。

1. 基本的に検査を受けることができない方
①心臓ペースメーカー装着者 ②人工内耳 ③生命維持装置 ④導電性クリップ
⑤導電性シャント ⑥スワンガンツカテーター
2. 診察を受ける医師に相談する必要のある方
①人工関節 ②手術クリップ ③入れ墨 ④ステント ⑤インプラント
⑥閉所恐怖症 ⑦心臓人工弁 ⑧妊娠中の人
3. 下記の物品は、検査室には持ち込めません。
①腕時計 ②めがね ③補聴器 ④義足 ⑤入れ歯 ⑥使い捨てカイロ
⑦カラーコンタクト ⑧磁気カード/財布 ⑨エレキバン/湿布
⑩金具付き下着(ホック・留め金・ワイヤー) ⑪ヒートテック (要相談)
⑫アクセサリ(かつら・ヘアピン・ネックレス・指輪・イヤリング・アイライン等)
⑬インスリンポンプ・持続グルコース測定器
4. 以下の検査の場合、検査開始3時間前までに食事をお摂り下さい。
(上腹部・MRCP・EOB・SPIO)

*身体から外した上記のものや、持ち物はロッカーに入れ鍵をかけてください。
鍵は担当者がお預かりします。

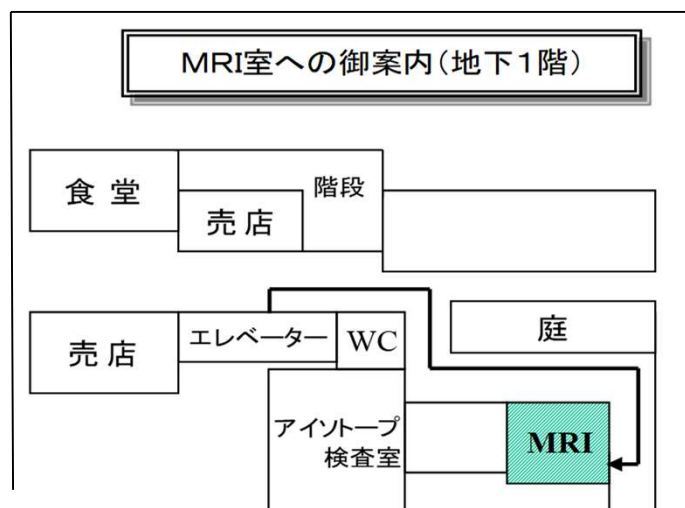
*検査前には、担当者が金属探知機・目視で安全をご確認させていただきます。
ご協力をお願いいたします。

*同意された場合でもいつでも撤回することができます。

*この検査は予約制ですので、当日検査できない場合は予約された放射線科へ
必ず連絡してください。

*予約時間の20分前に地下1階のMRI室へおいでください。

*ご不明な点があれば、気軽にスタッフにお尋ね下さい
(連絡先は以下にあります)



【連絡先】 独立行政法人 国立病院機構 南和歌山医療センター

TEL (0739) - 26 - 7050 (代表)

R6.9[地域医療連携室用]

MRI検査問診票・同意書

***この同意書が無ければMRI検査はできません。**

検査予定日時(予約日) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

南和歌山医療センター院長 宛

MRI検査は、下記に該当する方は、人体に重大な影響の可能性がある場合があります。検査が受けられない場合があります。また、手術により金属が入っている場合は、金属の材質により検査が受けられない場合があります。下記の物品は、検査室には持ち込めません。(確認済みであれば○して下さい)

- ・腕時計・めがね・補聴器・義足・入れ歯・使い捨てカイロ・エレキバン・磁気カード/財布
- ・湿布・金具付下着(ホック・ワイヤー等)・アクセサリ(イヤリング, ウィッグ, 指輪等)・携帯電話
- ・インスリンポンプ・持続グルコース測定器

※検査のために、身長と体重を教えてください 身長: _____ cm 体重: _____ Kg

安全なMRI検査を行うて頂くために以下の事項についてお答え下さい。

また、ご不明な点があれば、気軽にスタッフにお尋ね下さい

・ペースメーカーを装着していますか	はい	いいえ
・体内自動除細動器・体内刺激装置・人工内耳を装着していますか	はい	いいえ
・磁石(インプラント)で固定する入れ歯をしていますか	はい	いいえ
・手術やカテーテル治療などで金属またはチューブ類が体内に入っている いつ頃手術をしましたか() (部位:)	はい	いいえ
・義眼をしていますか	はい	いいえ
・身体に刺青(アートメイク)をしていますか	はい	いいえ
・閉所恐怖症ですか	はい	いいえ
・金属を研磨するような仕事の経験がありますか	はい	いいえ
・カラーコンタクトをしていますか(取り外して撮影します)	はい	いいえ

女性のみ

・妊娠中または妊娠の可能性が あります はい:(妊娠 _____ 週) *原則 13週以上で検査可能	はい	いいえ
・避妊リングをしていますか	はい	いいえ

造影剤使用

造影検査予定の方のみ(必ず造影剤説明書をお読み下さい)

・現在、喘息にかかっていますか	はい	いいえ
・過去にMRI造影検査をうけて気分不良などがありましたか	はい	いいえ
・アレルギーがありますか(何に?)	はい	いいえ
・腎機能が悪いと言われたことがありますか	はい	いいえ
・授乳をしていますか(原則24時間授乳しない)	はい	いいえ

血清クレアチニン()mg/dl eGFR値()ml/min/1.73m²

*** eGFR値30以下は造影検査は出来ません。**

患者様への説明確認

MRI検査について、十分な説明・問診を行い同意を得ました。

説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 説明医師署名 _____

同意書

検査に対して内容・注意事項の説明を受け、MRI検査を受けることに同意します。

同意日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 本人(自署) _____

もしくは

本人記入困難な場合 代理人 続柄() ・ 主治医 代理人署名 _____

※問診内容に変更があれば検査開始までに申し出てください

MRI用造影剤使用に関する説明書 (造影検査を受けられる方のみ)

予約された検査では、MRI検査専用の造影剤を使用します。造影剤はより正確な診断をするために用いますが、一方、下記に示すような副作用が極まれに起こることもあります。

○軽い副作用

吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、くしゃみ、発疹、注射部位の痛みなどですが、検査の1～2日後に発疹が現れることもあります。これらは治療を要さないか、1～2回の投薬や注射で回復するものです。このような症状が発生する頻度は、約1,000人につき1人以下、つまり0,1%以下です。

○重い副作用

呼吸困難、嘔声、意識障害、血圧低下などが、極まれに発生するといわれています。このような副作用は、入院のうえ治療が必要で、場合によっては後遺症が残る可能性があります。また、発生頻度は不明ですが、腎障害がある場合には、全身性線維症が現れることがあります。

○遅発性副作用

体質により検査終了後に副作用(発疹、かゆみ、むくみ、吐き気、のどのイガイガ感、咳、冷や汗、動悸、脱力感、めまい)が現れる事があります。このような副作用は出るとすれば検査後10分以内がほとんどですが、ごくまれに数時間から数日後(多くは2日以内)に遅発性の副作用としてあらわれることがあります。また注射部位の痛みが数日間持続する場合もあります。

○緊急時の対応について

検査中は看護師と放射線技師があなたの側におりますので、何か異常を感じたらすぐにお知らせ下さい。直ちに放射線科専門医に連絡し、最善の対処を行います。

患者さまには造影剤の必要性和危険性をよくご理解して頂いた上で、安全に検査を行うために別紙問診票にお答え頂き、造影剤の使用に同意いただける場合、署名をお願いいたしております。なお、お答えの内容によっては、当日医師が判断し造影剤を使用しない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

【外来患者さまで、帰宅した後に副作用が現れた場合の連絡先】

独立行政法人 国立病院機構 南和歌山医療センター
電話 0739-26-7050 (主治医または当直医師まで)