**ＭＲＩ検査をうけられる方へ**

MRI装置はX線を使わず、非常に強い磁場と高い周波数電波で検査を行います。

検査室には各種金属・磁性体等は持ち込めません。身体や画像に影響を及ぼす可能性があります。また、造影剤を使用して検査を受けられる方は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テル）

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妊娠中の人　⑤インプラント

⑥閉所恐怖症　⑦心臓人工弁

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アクセサリー(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)

＊持ち物はロッカーをお貸しします。鍵をかけて、担当者にお渡しください。

＊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。

＊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、必ず連絡ください。

**ご不明な点があれば、**

**気軽にスタッフにお尋ね下さい。**

**ご協力をお願いいたします。**

**ＭＲＩ用造影剤使用に関する説明書**

　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、嗄声、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、全身性線維症があらわ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と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、あらかじめご了承下さい。

【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)

患者様名：　　　　　　　　　　　　様　 ( ID：　　　　　　　　)　　　　　　　　（造影MRI）

MRI検査問診票・同意書

**＊この同意書が無ければ造影MRI検査はできません。**

　検査予定日（予約日）　令和　　　　年　　　月　　　日

MRI検査は、下記に該当する方は人体に重大な影響のでる可能性があります。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！**

・腕時計・メガネ・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（ホック等）・アクセサリー（イヤリング，ウィッグ，指輪）・携帯電話

* 過去にMRI検査を受けられたことがありますか？　　　【はい・いいえ】
1. **ペースメーカーを装着していますか？**　　　　　　　　　　　　【はい・いいえ】
2. **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】
3. **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】
4. 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ますか？【はい・いいえ】
	* 「はい」の方：　いつ頃・どの部位手術をしましたか？　　　　　　　　頃　　場所：
5. 義眼ですか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【はい・いいえ】
6. 身体に刺青（アートメイク）をしていますか？　　　　　　　　　【はい・いいえ】
7. 閉所恐怖症ですか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【はい・いいえ】
8. 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】
9. 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】
10. 女性の方にお聞きします

　妊娠中または妊娠の可能性がありますか？　　　【はい（　　　）週・いいえ】

　避妊リングをしていますか？　　　　　　　　　　　　　　　【はい・いいえ】

授乳していますか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【はい・いいえ】

1. **造影剤を使用する予定の方にお聞きします**

　喘息ですか？　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【はい・いいえ】

　過去にMRI造影検査を受けて異常がありましたか？　　　　【はい・いいえ】

　アレルギー（食品・薬など）がありますか？　　　　　　　　【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】

* 検査のために、身長と体重をお教えください。　　身長　　　　cm　体重　　　　kg

**独立行政法人国立病院機構**

**南和歌山医療センター院長　殿**

**検査に対して** 　　　　　　　**から検査内容・注意事項**

**について説明を受けました。MRI検査を受けることに同意します。**

同意日：令和　　　年　　　月　　　日　　本人（自署）：

　　　　　 　　代理人(続柄：　　　　)　　：

* **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**