

MRI 検査を受けられる方へ

診療科： ID： 氏名： 様 年齢

検査予約日時 (緊急検査等で検査開始が多少遅れる場合があります。)

年 月 日 時 分

左記予約日時の 30 分前までに
総合受付で受付を済ませてくだ
さい。その後は、案内致します。

- ・MRI 検査とは、強い磁石と電波を使って体の色々な断面の写真をつくり、体内を調べる検査です。
- ・狭いトンネルの中に入って検査をします。検査中は大きな音がしますが、心配いりません。
- ・この検査は予約制になっていますので、来院できない場合は必ずご連絡ください。

食事制限

[あり ・ なし]

水分制限

[あり ・ なし]

食事・水分制限ありの方は、**検査 5 時間前**よりお願いします。

MRI 検査禁忌

- ・ペースメーカー(非対応型)
- ・埋込み型除細動器(I C D)
- ・神経刺激装置
- ・人工内耳
- ・脳動脈クリップ (非対応型)
- ・消化管止血用クリップ (非対応型)
- ・妊娠初期(14 週未満)
- ・その他添付文書にて禁忌と記載のあるもの

持ち込み禁止物品

- ・磁気カード類 (キャッシュカード、プリペイドカードなど)、
- ・電子機器類 (補聴器、腕時計、携帯、電話、体温計、万歩計など)、
- ・装飾品類 (金属製の髪止め、ネックレス、ピアスなど)、
- ・貼り薬 (湿布、カイロ、エレキバンなど)
- ・ヒートテック素材の下着
- ・リブレ(持続血糖測定器)センサー
- ・コンタクトレンズ(カラーコンタクト)ご使用の方は目に対する危険を回避するため、事前に外せる準備をお願いします。(ケースなど持参)
- ・化粧品の種類により金属の物質が含まれていることがあり、発熱する恐れがあることから化粧はなるべく避けて下さい。

MRI 検査問診票

診療科： ID： 氏名： 様 年齢

検査予約日時 年 月 日 時 分

MRI 検査を安全に受けていただくために、下記の内容をご確認のうえお答え下さい。
場合によって検査ができなくなることがあります。

MRI 検査禁忌

- ・ペースメーカー(非対応型)
- ・埋込み型除細動器(I C D)
- ・神経刺激装置
- ・人工内耳
- ・脳動脈クリップ (非対応型)
- ・消化管止血用クリップ (非対応型)
- ・妊娠初期(14 週未満)
- ・その他添付文書にて禁忌と記載のあるもの

体内・体外金属および確認事項リスト (医師又は看護師で記入をお願いします)

- ・MRI 対応型ペースメーカーおよび ICD [あり ・ なし]
(埋め込み後 6 週間経過していますか はい ・ いいえ)
- ・MRI 対応型脳動脈クリップ [あり ・ なし]
- ・他院で施行された消化管止血用クリップ [あり ・ なし]
(体外排出の有無 はい ・ いいえ)
- ※当院の消化管クリップは確認不要
- ・ステント・コイル・フィルタ [あり ・ なし]
- ・人工弁・人工骨頭・人工関節 [あり ・ なし]
- ・義眼・入れ歯(マグネット式)・インプラント [あり ・ なし]
- ・刺青・美容刺青 [あり ・ なし]
- ・外傷による鉄粉(弾丸、鉄片) [あり ・ なし]
- ・フリースタイルリブレ(持続血統測定器) [あり ・ なし]
- ・避妊リング・授乳の有無 (女性のみ) [あり ・ なし]
- ・妊娠および妊娠の可能性の有無 (女性のみ) [あり ・ なし]

持ち込み禁止物品

- ・磁気カード類 (キャッシュカード、プリペイドカードなど)・電子機器類 (補聴器、腕時計、携帯、電話、体温計、万歩計など)・装飾品類 (金属製の髪止め、ネックレス、ピアスなど)・貼り薬 (湿布、カイロ、エレキバンなど)
- ・ヒートテック素材の下着・リブレ(持続血糖測定器)センサー

※コンタクトレンズ(カラーコンタクト)ご使用の方は目に対する危険を回避するため、事前に外せる準備をお願いします。(ケースなど持参)

※化粧品の種類により金属の物質が含まれていることがあり、発熱する恐れがあることから化粧はなるべく避けて下さい。

MRI 対応型ペースメーカー・ICD についての確認

- ☐ 検査前に MRI 撮影用に設定しました CE
- ☐ 設定の確認をして MRI 検査を実施しました MR
- ☐ 検査終了後、再設定しました CE

MRI 対応型ペースメーカーを入れている方へ

当院で MRI 検査が可能なペースメーカーかを確認をさせていただきたいと思います。

よって、予約前に一度当院（放射線科）へお越しいただき確認させて下さい。

確認ができ次第、そこで検査予約の確定をしたいと思います。

診察日、検査日ともに必ずペースメーカー手帳をお持ちください。

MRI 用造影剤使用（注射）の説明および同意書

診療科： ID： 氏名： 様 年齢

MRI 用造影剤の種類および使用目的について

- ・ MRI 用の造影剤を使用すると、体内の様子をより詳しく知ることができます。造影剤には静脈から注射するガドリニウム造影剤、肝臓特異性造影剤（EOB プリモビスト）があります。
- 病気の種類によっては、造影剤を使用して初めて診断可能なものも多いです。

副作用について

- ・ 透析患者又は eGFR が 30ml/min 未満の方は腎性全身性線維症（NSF）の発現のリスクが上昇する報告されています。
- ・ 造影剤注入時は勢いよく注入することがあり、血管外に漏れると痛感を伴うことがあります。
- ・ MRI 用造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に副作用が出現する場合があります。
[軽症]：吐気、じん麻疹、くしゃみ、せきなど（約 1000 人に 1 人）→投薬や注射で回復します。
[重症]：呼吸困難、意識消失、血圧低下など（約 2 万人に 1 人）→入院の上、治療が必要です。
- ・ 検査を受けた当日は、造影剤を体内から早く排泄させるため、水分を多めにお取り下さい。
（水分制限のある方は、医師又は看護師にお尋ねください）帰宅してからも気分が悪くなったり、じん麻疹などの症状のでることがあります。（ほぼ 1 週間以内）
その時は、必ず病院までご連絡下さい。

造影剤に関するチェックリスト

- ・ 造影剤副作用の既往歴 [あり ・ なし]
(ありの方で副作用カードの副作用内容：)
- ・ 気管支喘息の既往歴 [あり ・ なし]
(ありの方で 1.以前治療していたが、今はしていない。 2.現在治療中である。)
- ・ 現在透析中 [あり ・ なし]
- ・ 最新の eGFR の取得日および値
年 月 日 ml/min

- ・ 当院では万一の副作用に対しても、すばやく対応できるような体制をとり、検査を行います。

年 月 日 説明医師（自署） 立会人（自署）

- ・ 上記の説明を受けました。そして、その内容について

- ☐ わかりました。その上で納得して同意します。
- ☐ わかりましたが、同意しません。
- ☐ よくわかりませんでした。

記入日 年 月 日

本人 氏名（自署）

代諾者：本人との関係（ ） 氏名（自署）

同意書がないと、造影検査を受けることができません。あらかじめご了承ください。

MRI 用造影剤使用（注射）の説明書

MRI 用造影剤使用前の注意点

- ・食事制限がある場合でも造影剤を使用される方は、水分（お茶・お水に限る）を十分飲んでおいて下さい。
水分摂取により造影剤の副作用が低減と言われています。
(ただし、水分制限のある方は、医師又は看護師にお尋ね下さい。)

MRI 用造影剤の種類および使用目的について

- ・MRI 用の造影剤を使用すると、体内の様子をより詳しく知ることができます。造影剤には静脈から注射するガドリニウム造影剤、肝臓特異性造影剤（EOB プリモビスト）があります。

病気の種類によっては、造影剤を使用して初めて診断可能なものも多いです。

副作用について

- ・透析患者又は eGFR が 30ml/min 未満の方は腎性全身性線維症（NSF）の発現のリスクが上昇する報告されています。
- ・造影剤注入時は勢いよく注入することがあり、血管外に漏れると痛感を伴うことがあります。
- ・MRI 用造影剤は比較的安全な薬ですが、他の薬と同様に副作用が出現する場合があります。

[軽症]: 吐気、じん麻疹、くしゃみ、せきなど（約 1000 人に 1 人）→投薬や注射で回復します。

[重症]: 呼吸困難、意識消失、血圧低下など（約 2 万人に 1 人）→入院の上、治療が必要です。

- ・検査を受けた当日は、造影剤を体内から早く排泄させるため、水分を多めにお取り下さい。

(水分制限のある方は、医師又は看護師にお尋ねください)
- ・帰宅してからも気分が悪くなったり、じん麻疹などの症状のでることがあります。

ご不明な点がございましたら、お気軽にご相談下さい。

三重県厚生農業協同組合連合会 鈴鹿中央総合病院 (059-382-1311)

説明者より上記の説明を受け了承した上で、病院保管用として同意書に署名しました。