

## 様

月 日 曜日 時 分頃

- ※検査の内容によっては時間が前後することがあります
- ※事前に受付を済ませ、放射線科受付前でお待ち下さい
- ※来院出来ない場合は、事前に必ず放射線科にご連絡下さい

## ● 予定検査内容 ( ) MRI

## ● 造影剤使用予定 (有・無)

※有の方は別紙(ガドリニウム造影剤について)をご参照下さい

## ● 検査当日の食事制限 (有・無)

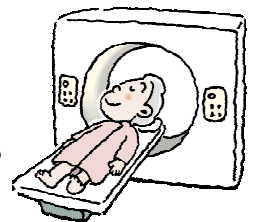
- ※腹部を検査される方は検査前は絶食していただきます。
- ※水分は、水、ほうじ茶に限り小量摂取可能です
- ※腹部以外の検査の方は食事制限はありません

MRI検査とは磁気共鳴画像の略です。

磁石と電磁波を使って体内の断面像を撮影します。

検査時間は部位によって異なりますが、20分～60分程度です。

体内の様子が詳しくわかり診断や治療に大変役立ちます。



## ◆ 検査前の注意 ※別紙(MRIチェックリスト)を提出していただきます

☆以下に該当される方は検査を受けることが出来ません

ペースメーカー・人工内耳。体内に入れた金属が移動する可能性のある方

☆以下に該当する物は検査室に持ち込めません

〈金属類〉 補聴器・義歯・眼鏡・ヘアピン・アクセサリ・かぎ・・・など

〈磁気カード〉 クレジットカード・キャッシュカード・診察券・・・など

〈その他〉 金属付下着・湿布・エレキバン・カイロ・ニトローダム・・・など

☆アイシャドーなどの化粧品には金属粉が含まれている場合がありますので、検査前に可能な限り落としていただきます。

## ◆ 造影剤を使用した検査を受けられる方へ

- ・過去に造影剤による副作用が出た方、特定の疾患をお持ちの方は造影剤を使用できない場合があります。担当医にご確認下さい。
- ・検査をより安全に行うため別紙(ガドリニウム造影剤使用検査の問診・同意書)をご確認の上提出していただきます。

尚、ご不明な点がございましたら担当医、看護師、検査担当者にお尋ねください。

# MRI チェックリスト

診療録用

ID 様 平成 年 月 日 時 分  
生年月日 年齢 性別 kg

MRI とは磁気共鳴画像のことで、強い磁石のトンネルの中で電波を用いて体内を画像化します。

※以下、ひとつでも該当する方は主治医または、スタッフまでお申し出ください。

以下の項目にあてはまる方は MRI 検査を受けることができません。

- 心臓ペースメーカーを装着している方
- 人工内耳を装着している方
- 体内で金属物が移動する可能性のある方（眼内金属など）

以下の項目にあてはまる方は MRI 検査を受けられない場合があります。主治医または、スタッフまでご確認ください。

- 脳動脈瘤クリップが入っている方（素材によっては可能です）
- 妊娠初期（3 ヶ月未満）または妊娠の可能性のある方
- 一般状態の極度に悪い方（意思疎通が悪く体動の激しい方など）
- 入れ墨が入っている方（やけどになる可能性があります）
- 閉所恐怖症の方
- カテーテル治療を受けた方（金属ステント挿入者は3 ヶ月間禁）
- 整形外科手術を受けた方（人工骨頭、人工関節、骨接合用ネジ、ピン等）
- 消化器手術を受けた方（クリップ、ペッツ等）
- 脳外科手術を受けた方（脳室シャントバルブ、コネクター等）
- インシュリンポンプを装着している方
- 磁石付きの義歯を入れている方（磁石が使えなくなる場合があります）

※義歯・時計・アクセサリ等取り外し可能な金属類は検査前に全て取り外して頂きます。

私は MRI 検査を受けるに当たり、上記の項目について確認しました。

平成 年 月 日

患者氏名

代理者名

続柄

患者氏名の欄に代筆された方は代理者名もご記入ください

なおご不明な点がございましたら担当医、看護師、検査担当者にお尋ねください。ご協力ありがとうございました。

## 医療者記入項目

患者（ ）様に対して上記の項目について確認を行いました。

平成 年 月 日

確認者

技師

# ガドリニウム造影剤使用検査の問診・同意書

診療録用

ID 様 平成 年 月 日 時 分  
生年月日 年齢 性別 kg

この書類は、より安全な医療を提供するために必要な確認手続を記録する為に行っているものです。

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が、検査をより安全に行うために下記の質問にお答えください。

**※以下、ひとつでも該当する方は主治医または、スタッフにお申し出ください。**

1. 今までに造影剤を使用した際、気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか。

今回始めて ・ ない ・ ある(時期 )

2. 以下のような疾患がありますか。(該当するものを○で囲んでください)

気管支ぜんそく ・ アレルギー体質 ・ 糖尿病 ・ 腎臓

痙攣 ・ てんかん ・ 他( )

3. 今までに薬や注射で気分が悪くなったり、皮膚に発疹が出たことがありますか。

ない ・ ある(症状 )

4. 妊娠または、妊娠の可能性がありますか。また授乳していますか。

ない ・ ある ・ 授乳している

私は造影検査を受けるに当たり、その必要性と起こりうる副作用について説明を受け、十分に理解したうえで、造影検査を受けることに同意します。

※同意された場合でも、いつでも撤回できます。

平成 年 月 日

続柄

患者氏名 \_\_\_\_\_ 代理者名 \_\_\_\_\_ ( )

患者氏名の欄に代筆された方は代理者名もご記入ください

なおご不明な点がございましたら担当医、看護師、検査担当者にお尋ねください。ご協力ありがとうございました。

## 医療者記入項目

患者( )様に対して別紙(ガドリニウム造影剤について)にて説明を行いました。

説明日	医師	最新 Cr	体重	依頼科確認	技師
		mg/dl	kg		

注意) 同意確認者は上記設問に対し該当箇所がある場合は主治医もしくは説明医師に必ず再度確認して下さい。

注意) 最新 Cr 値が基準値(男性 1.0、女性 0.8)以上の方は主治医もしくは説明医師に必ず再度確認して下さい。

注意) Cr は3ヶ月以内のものを推奨します。

# ガドリニウム造影剤について

**患者様用**

## 【ガドリニウム造影剤とは】

ガドリニウムキレートを主成分とする注射薬で、血管内や病変部をより鮮明に描出する効果があるため、病気の存在や性質を詳しく調べ、治療方針を立てるために大変有効な薬剤です。

造影剤は通常は投与後 24 時間でそのほとんどが腎臓から尿として、肝臓から胆汁を介し糞として体外へ排泄され、最終的に体内には残りません。

## 【副作用の種類・発生頻度】

造影剤の安全性は確立されていますが、他の薬剤同様まれに体質に合わず、副作用が起こる可能性があります。副作用には次のようなものがあります。

- ・軽い副作用（約 1%以下）

吐き気・嘔吐・かゆみ・じんましん・めまい・頭痛などがありますが、ほとんどの場合一時的なものです。

- ・重い副作用（頻度不明）

呼吸困難・急激な血圧低下・意識消失・NSF（腎性全身性繊維症）などがあります。

さらにこれが原因で症状が悪化し、死亡に至る場合が 100 万人に 1 人とされています。

- ・その他

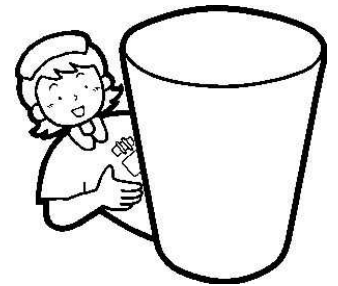
造影剤の注入は点滴より行いますので、造影剤が血管の外にもれることがあります。この場合注射した部位が腫れ、痛みを伴うことがあります。

## 【検査時の注意】

検査中、造影剤注入に伴い上記以外でも、異常だと感じましたら、すぐにお知らせください。

検査後は普段より多めに水分を摂るようにしてください。（※水分制限をされている方は担当医にご相談ください）

また、検査の数時間～数日後に上記のような副作用が現れる場合があります。これら以外でも異常だと感じましたら当院までご連絡ください。



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おります。

## 検査をより安全確実にを行うため

（別紙）ガドリニウム造影剤使用検査の問診・同意書

をご確認の上、提出していただきます。