

## MRI 検査を安全に行うために

### 【MRI 検査の目的】

磁石と電波を使って身体のあらゆる角度の断面を撮影し、診断や治療の効果を診ます。

### 【注意事項】

検査の特性上、体内に磁性体金属が存在する場合や狭い空間が苦手な方は検査を受けられないことがあります。金属が磁場に引っ張られたり、機器が壊れたり、金属が熱をもつこともあります。

- ペースメーカーや刺激電極を付けている方は、検査室内に入らないでください。
- 脳動脈のクリップ、人工内耳が体内に埋め込まれている方、金属性異物が体内にある方は医師・技師の許可なく検査室内に入らないでください。
- 安全に検査を行うために別紙「MRI 検査問診票・同意書」の記入をお願いします。
- 次のものは検査室に持ち込めませんので当日は持参しないか更衣室で外してください。
  - かつら、眼鏡、補聴器、入れ歯、コンタクトレンズ、義足、義手、装具
  - 貴金属(財布等)・装飾品類(指輪、ネックレス、イヤリング、ヘアピン等)
  - 磁気カード類、鍵、電子機器類(時計、携帯電話等)
  - 金属の付いた衣類・下着、エレキバン、コルセット、杖
  - カイロ、湿布、トレーニング器具(パワーアンクル等)
- 化粧(マスカラ等)、ふりかけ式増毛剤、制汗スプレー(Ag 含有のもの)、UV ケア用品は落としておいてください。

※その他、わからない事があればご連絡ください。

連絡先 0740-36-8078 地域医療連携室(直通)  
0740-36-0220 高島市民病院(代表)

# 高島市民病院 MRI 検査 問診票・同意書

# MRI

患者 ID

お名前 ( ) 生年月日( 年 月 日) 年齢( 歳) 性別( 男・女 )

検査の日程(予定) ( 年 月 日 時 分 )

MRI検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。( はい・いいえ のどちらかを○で囲ってください )

◆ 以前に MRI 検査を受けたことがありますか いつ頃ですか→( )	はい いいえ
① 心臓ペースメーカー、除細動器、心臓モニター等が埋め込まれていますか	はい いいえ
① で「はい」とお答えの方 → それは条件付きで MRI 対応のものですか	はい いいえ
② 人工内耳、神経刺激装置等が埋め込まれていますか	はい いいえ
③ 磁石で着脱するタイプの人工肛門、義眼をつけていますか	はい いいえ

※上記①～③に該当する場合、MRI 対応のものを除き検査は出来ません。

④ 心臓や血管内に次の人工物が入っていますか(該当するものを○で囲ってください) 心臓人工弁 スtent コイル 人工血管 フィルター 脳動脈クリップ いつ頃ですか→( ) どちらの施設で→( )	はい いいえ
⑤ 水頭症の手術をされ圧可変式のバルブシャントが入っていますか	はい いいえ
⑥ 美容用金糸や鍼(はり)治療の針が埋め込まれていますか	はい いいえ
⑦ 磁石で着脱するタイプの入れ歯をつけていますか	はい いいえ
⑧ その他、手術や検査で体内に金属が入っていますか いつ頃ですか→( ) 内容→( )	はい いいえ
⑨ 入れ墨やアートメイク、ネイルアートをしていますか	はい いいえ
⑩ 次の貼り薬を使用していますか(該当するものを○で囲ってください) ニトログーム ニコチネル シガノン CQ ノルスパンテープ ニュープロパッチ フェントステーブ ワンデュロパッチ デュロテップパッチ	はい いいえ
⑪ 糖尿病の治療でインスリンポンプや持続グルコースモニタリング装置を付けていますか	はい いいえ
⑫ けがや戦争などで体内に鉄片や銃弾破片が混入したことがありますか	はい いいえ
⑬ 狭いところが苦手ですか	はい いいえ
⑭ 女性の方で妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか	はい いいえ

※上記④～⑭に該当する場合、検査できないことがあります。

上記問診項目の記載に間違いは無く、検査の必要性やリスク等を理解した上で検査の実施に同意します。

記入日 年 月 日 患者様またはご家族等の署名

その他の記入者( )

上記内容を確認し MRI 検査の実施に支障がないと判断します。

年 月 日 主治医または検査依頼医

## 造影MRI説明書

MRI

造影MRIを受けられる方へ

あなたは 年 月 日、 時 分 に造影MRI検査が予定されています。

静脈に注射されたガドリニウム造影剤は血液中に拡がり全身の臓器に行き渡ります。血管腔や血流の状態により画像に濃淡の差がつき、より正確に臓器の構造、病変の状態を映し出します。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることがあります。過去に報告されているMRI用造影剤副作用の種類と頻度は次のようなものです。

**軽い副作用**: むかつき、嘔吐、かゆみ、じんましんなど。発現率は0.05～0.4%とされています。

すなわち1,000例中4例以下で、基本的に治療は不要です。

**重篤な副作用**: 呼吸困難、血圧低下、喉頭浮腫、意識消失など。20万～45万例に1例程度と極めて低い頻度ですが、万が一発生した場合には処置が必要で、入院となることもあります。

以上の副作用は通常10分以内に生じるとされていますが、まれに数時間から数日後に遅延型の副作用が生じることがあります。

注射された造影剤は腎機能が正常であれば、6時間後には90%が尿に排泄され、やがて完全に体内からは消失します。

腎機能の良くない方では、腎性全身性線維症を生じる可能性があり、ガドリニウム造影剤は投与できません。

ご不明な点がございましたら、遠慮無く主治医あるいは放射線科医にお尋ねください。

造影MRI検査は診断と今後の治療方針を決めるために必要な検査であることをご理解頂きますようお願いいたします。以上の項目をお読み頂き、検査を受けることに納得頂けましたら、次の「造影剤使用に関する問診票」と「造影剤使用同意書」に必要事項をご記入ください。

## 造影剤使用に関する問診票

造影検査を安全に受けて頂くために、以下の質問にお答えください。

◆ アレルギー体質やアレルギー性の病気がありますか？

なし

あり 飲み薬、注射薬( )、食物( )  
じんましん、アトピー性皮膚炎、花粉症、その他( )

◆ これまでに次のような病気であると言われたり、あてはまることがありますか？

気管支喘息  腎臓病  糖尿病  妊娠中  授乳中

◆ これまでにガドリニウム造影剤を用いた検査を受けたことがありますか？

なし

あり

◆ その時に副作用や変わったことはありましたか？

なし

あり - 症状、処置の有無、日時、医療機関名などお書きください。

(おおまかで結構です)( )

\_\_\_\_\_様

MRI

## 造影剤使用同意書

高島市民病院長 殿

私は、造影MRIの実施にあたり、検査の必要性和副作用の危険性について、十分な説明を受け、納得いたしましたので、その実施に同意いたします。

記入日： 年 月 日

患者様 氏名(署名) \_\_\_\_\_

(親族など患者様が未成年等の場合や代理人)

氏名(署名) \_\_\_\_\_

患者様との続柄( )

なお同意された場合でも、いつでも撤回することができます。

上記患者様に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日： 年 月 日

医師氏名:(署名) \_\_\_\_\_ (印)

