

# 造影 MRI 検査を受けられる患者様へ

フリガナ

ご氏名 様

生年月日: 年 月 日生 性別: 男性・女性

住所: 〒

ご施設名

Tel:

予約時間: 年 月 日( ) 時 分

- ◆ 検査部位は( )です。
- ◆ 検査時間は約 30~60 分(検査によって異なります)です。検査中は大きな音がします。
  - ・上記予約時間の **30 分前**までにこの用紙と診察券をご持参の上、再来受付機を通り中央放射線部受付までお越し下さい。
  - ・当院を初めて受診される方は、予約時間の **45 分前**までにフロント受付で保険証を提示して、手続きをして下さい。
- ◆ 検査時間の 2 時間前から、**絶食**をお願いします。
- ◆ 膵臓・胆のうの検査を受けられる方は、検査時間の 6 時間前から**絶食**をお願いします。

☆ 絶食・・・食物を食べてはいけません。(水、白湯、お茶は飲んでもかまいません。)

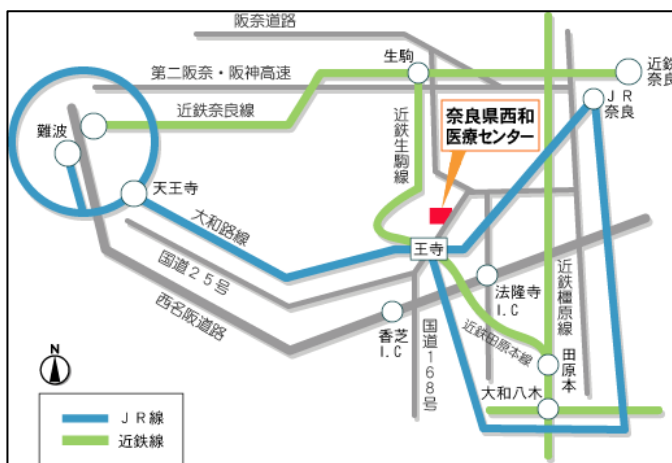
- ◆ 骨盤部の検査を受けられる方は膀胱に尿がたまっているほうがいいので、我慢できる範囲でトイレに行かず検査を受けて下さい。
  - ◆ 造影検査手帳をお持ちの方はご持参ください。他院から発行されたものが有りましたら、そちらも持ちください。
- ※ 主治医が渡した検査同意書は記入の上、必ず持参して下さい。

## 注意事項

- ・妊娠及び妊娠の可能性のある方は受付時(検査前)に必ず申し出て下さい。
- ・現在、授乳されている方は申し出て下さい。

## 変更・キャンセルの場合

- ・2 日前までは、ご紹介元のクリニックにご連絡下さい。前日から当日は、中央放射線部までご連絡下さい。



奈良県西和医療センター  
中央放射線部

電話: 0745-32-0505  
内線: 2141

# MRI 検査問診票

各診療科において、検査説明を受けられていると思いますが、より安全確実に検査を行う為以下の項目について記入し、ご確認のうえ署名していただき、検査当日担当者にお渡しください。

《ありとされた場合、内容がわかりましたら( )内に記入してください。》

(注意) 下記項目にありと記入された場合、検査ができないことがあります。その場合、午前9時から午後5時(月～金)の間に放射線科受付(内線2141)までご連絡ください。他の時間は連絡がつかない場合がありますので出来るかぎり上記時間内をお願いします。

- ① 心臓ペースメーカー、人工内耳、脳動脈瘤クリップを使用している。  
あり( ) なし
- ② 手術で心臓人抗弁、外科用クリップ、ステントなどが体内に入っている。  
あり( ) なし
- ③ 歯に磁石を利用した入れ歯、さし歯、インプラントをしている。職業等で金属片などが体内に入っている。コンタクトレンズ、ニトロダームを使用している。  
あり( ) なし
- ④ 閉所恐怖症、心不全、発熱、アレルギー、喘息、てんかんなど  
あり( ) なし
- ⑤ 永久的な刺青  
あり( ) なし
- ⑥ 妊娠中である  
あり( ) なし
- ⑦ おおよその身長と体重を記入してください。身長( ) cm 体重( ) kg

当院では、事故防止のため全検査において検査着に更衣していただいております。ご協力をお願いします。化粧をされている方で、アイラインおよび金属性顔料(ラメ入り化粧品)は、検査に支障をきたす場合がありますので、化粧をしないで(検査前にとっても可)来院してください。

平成 年 月 日 署名

(代筆者、続柄) 署名

以下の項目については検査当日、担当者が確認させていただきます。

## MRI 検査入室前チェック

- ① 表記についてあやまりはありませんか。 あり なし
- ② 入れ歯、補聴器、カイロ、シップ薬、かつら、コンタクトレンズ、ニトロダームなどを装着している。  
あり( ) なし
- ③ 磁気性のもの…キャッシュカード、テレホンカード、定期券、バスカード、駐車券、エレキバンなどを携帯および装着している。  
あり( ) なし
- ④ 金属製のもの…ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ピアス、ブレスレット、腕時計、眼がね、小銭、鍵、ライター、携帯電話などを、携帯および装着している。  
あり( ) なし
- ⑤ 探知機による金属反応  
あり( ) なし

平成 年 月 日 担当者

奈良県西和医療センター 放射線科

# MRI 造影検査問診票

(1) これまでに造影剤を注射して検査をうけられたことがありますか。

- ( ) なし  
( ) あり……CT 検査、尿路造影、胆嚢造影、血管造影、MRI 検査、その他( )  
( ) わからない

ありと答えられたかたへ

検査を受けた後あるいは帰宅してから具合が悪くなったことはありますか。

- ( ) なし  
( ) あり……発疹、じんま疹、吐き気、くしゃみ、胸痛、なみだ、その他( )

(2) 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……喘息、アレルギー性鼻炎、花粉症、かぶれ、湿疹、じんま疹、アトピー性皮膚炎  
( ) わからない

(3) これまでに飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。

- 発疹、じんま疹、くしゃみ、なみだ、その他( )  
( ) なし  
( ) あり……かぜ薬、解熱剤、痛み止め、抗生剤、その他( )

(4) これまで腎臓の機能が悪いと言われた事がありますか。

- ( ) なし ( ) あり

(5) 甲状腺機能亢進症(バセドウ症)又は骨髄腫といわれたことがありますか。

- ( ) なし  
( ) あり……甲状腺機能亢進症、骨髄腫  
( ) わからない

(6) 妊娠可能な女性にお聞きします。

現在妊娠中ですか。( )はい ( )いいえ  
この前の生理はいつですか。 月 日から 月 日まで

ご協力ありがとうございました。

今一度、見直していただいて間違いがなければ、確認のためあなたのサインをお願いします。

平成 年 月 日 本人署名

または代筆者(続柄) 署名

# 検査同意書

奈良県西和医療センター院長 殿

患者 様

この度、奈良県西和医療センター放射線科において下記検査を思考するにあたり、患者様及び親族(保証人)に対して、意思が検査の必要性、方法、内容について説明しました。

検査名: 造影 MR 磁気共鳴画像検査

検査日: 年 月 日( )

検査内容: X線をわずに体内の状態を撮影する検査です。強い磁場を発生する大きな磁石で囲まれた装置の中に入った患者様に電波を照射して身体の深部をより詳しく検査します。脳や脊髄、腹部臓器、四肢関節、脊椎などの検査に優れています。CTに比べ様々な輪切りの断層像が得られ、X線被曝がないという利点があります。

検査手順: 装置の中の寝台に寝て検査します。検査中は太鼓をたたくような音がします。撮影中に動くと画像が乱れますので、撮影中は安静にしてください。短時間息を止めて検査することもあります。装置内は狭いので、圧迫感や不安感で我慢できない時は担当者に知らせてください。より正確な診断のため静脈から造影剤を注射します。撮影時間は30分～1時間です。

検査の危険性: 造影剤の注射時に苦味を感じるがありますが、すぐおさまります。稀にショックを起こしたり、蕁麻疹様の痒みや咳がでることがあります(0.1%未満)が、CT等で使用するヨード造影剤に比べ副作用の発現頻度はかなりひくいので、心配いりません。喘息などアレルギー疾患のある方に副作用の出現頻度がやや高いと言われています。

検査前後の注意: 当日検査前絶食です。葉や少量の水分はかまいません。心臓ペースメーカーや刺激電極を身につけている方は検査できません。体内に金属の埋め込まれている場合や手術の既往のある場合は必ず担当者にご連絡ください。金属や補聴器もはずしてください。腎機能の悪い方(Cr1.5～2以上)は腎性全身性繊維化症(NSF)が発生する可能性があり、検査が出来ない場合もあります。

ご施設名

平成 年 月 日

説明医師

上記の検査を了解、納得しましたので、この検査を受けることに同意いたします。

本人 住所

氏名

生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

保護者 住所

又は 氏名

代表者 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日