

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 造影検査説明書

氏名 _____ 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施行するにあたり、患者様及び親族（保証人）に対して、医師が検査の必要性、方法、内容について説明致しました。

検査名：造影 MR（磁気共鳴画像）検査

検査日：20 ____ 年 ____ 月 ____ 日

□検査内容

X線を使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、X線被ばくはありません。

□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下さい。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出来ない時は担当者に知らせて下さい。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のすることがあります（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低いです。心配しないでください。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

当日の検査 2 時間前（MRCP もしくは膵臓・胆のうが目的の場合は 6 時間前）から絶食です。薬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、人工内耳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下さい。金属や補聴器もはずして下さい。腎機能の悪い方（Cr1.5～2 以上）は稀に腎性全身性線維化症（NSF）の危険性があり、造影検査が出来ない場合もあります。

検査の説明に御納得された方は、同意書に御署名の上、検査当日に検査室に御提出ください。御納得が得られない場合には検査は中止します。また、同意書を提出された後でも検査の中止はできますので、いつでも御申し出ください。

施設名 _____

依頼医師名 _____

MRI 検査問診表

氏名 _____ 様

安全に検査を行うため、以下のⅠ～Ⅲの項目について、該当するものがありましたら□枠にレ点を記入し、最後にご署名をしていただき、検査当日、担当者にお渡し下さい。

《該当するもので詳細な内容がありましたら（ ）内に記入して下さい》

- ※ Ⅰ～Ⅱの項目に該当した場合、安全のため検査が出来ないことがあります。
- ※ 検査前日までに平日の午前9時から午後5時の間に放射線科受付（内線：2141）までお問い合わせください。
- ※ 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。
- ※ ご自身の体内金属または体内装置について証明書（書類、説明書、カードなど）をお持ちでしたら、ご用意ください。

Ⅰ. 次の項目に該当する方は基本的に検査ができません。

- 心臓ペースメーカーが体内に入っている。
- 閉所恐怖症がある。（狭い場所、暗い場所が苦手な方）
- 現在、妊娠している。または、妊娠の可能性がある。
- 人工内耳が入っている。

Ⅱ. 次の項目に該当する方は検査が可能かどうか確認する必要があります。

- 体内になんらかの金属が入っている。 (詳細: _____)
- 20年以上前に心臓の手術をした。 (詳細: _____)
- 今から6週間以内に体内金属を埋め込んだ。 (詳細: _____)
- 検査予定日の1ヶ月以内に内視鏡検査をした。 (詳細: _____)
- ぜんそく・てんかん・不整脈などの突然、発作を起こす持病がある。 (詳細: _____)
- 磁石式のアタッチメント式の入れ歯を使用している。 (詳細: _____)
- 入れ墨・タトゥーをしている。 (詳細: _____)
- 以前、鉄工所で働いていた。 (詳細: _____)
- MRI検査について、不明な点があり不安である。 (詳細: _____)

Ⅲ. その他の項目

- Ⅰ～Ⅱに該当する項目はない。
現在の身長と体重を記入してください。 (身長: _____ cm、 体重: _____ kg)

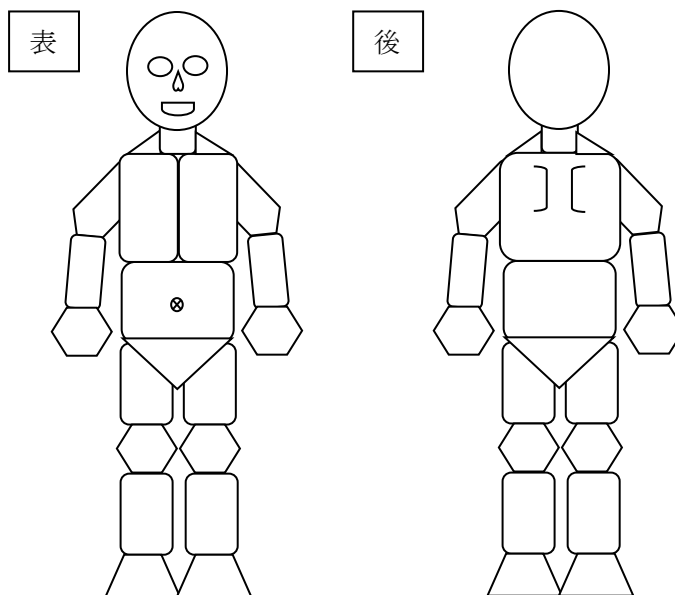
当院では、事故防止のため全検査において検査着に更衣していただいております。ご協力お願いします。お化粧のアイラインおよび金属性顔料（ラメ入り化粧品）は、検査に支障をきたす場合がありますので、使用しないで（検査前にとっても可）来院して下さい。

奈良県西和医療センター 放射線科
お問い合わせ先：0745-32-0505（内線：2141）

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ないか。 あり なし
- ② 義歯、補聴器、カイロ、湿布薬、かつら、コンタクトレンズ、ニトロゲ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、ピアス、腕輪、腕時計、めがね、小銭、鍵、ライター、携帯電話など、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の有無。 あり () なし



20 年 月 日 担当者: _____

MRI 造影検査問診票

氏名 _____ 様

(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 (_____)

ありと答えられた方へ

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

(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。

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）又は骨髄腫と言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

(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

MRI 造影検査同意書

奈良県西和医療センター院長 殿

MRI 検査問診票・MRI 造影検査問診票の内容に誤りの無いことを確認しました。

MRI 造影検査の目的、必要性、および危険性について説明を受け、十分に納得した上で、

MRI 造影検査を受けることを同意します。

記入日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日

本人署名 _____

または 代理人署名 続柄 (_____) _____

連絡先 _____

連絡先) 奈良県西和医療センター 放射線科 tel. 0745-32-0505 (内線 2141)

MRI 検査を受けられる患者様へ

氏名 _____ 様

□検査の説明

この検査は放射線被ばくも痛みもありません。ただ検査時間が少し長く、音が大きい検査ですのでご承知下さい。また検査中はモニターで監視し、インターホンでの通話も行っていますので、安心して検査をお受け下さい。

□検査を受けられる方へのご注意

*検査はMR室で行います。以下のことをお守り下さい。(6項目)

1. 検査当日は検査予約時間の2時間前

(MRCPもしくは膵臓・胆のうが目的の場合は6時間前)から食事をしないで下さい。

絶食で検査を受けられる方は、以下の事に注意して下さい。

○お茶、白湯、水は飲んででもかまいません。(水分制限はしないでください。)

○糖尿病の方で薬の内服、又は注射をしている方は、主治医に絶食時の薬の飲み方、量を確認して下さい。

○高血圧の薬は飲んで来てください。他の薬も普段どおりにお飲み下さい。

○現在服用しているお薬について、不明な点は主治医にお尋ね下さい。

2. 予約時間はだいたいの予定時間ですので、しばらくお待ちいただくことがあります。

○造影剤の準備がありますので **30分前**に来院して下さい。

○来院された後、再来受付機を通り、診察券・予約表・問診表をもって放射線科受付にお越し下さい。

○問診表は必ずお読みになり、必要事項を記入し忘れずにお持ち下さい。

3. 検査を安全に行うために、MRI 検査問診票・MRI 造影検査問診票に記入し、ご持参下さい。

4. 検査中止の場合または、予約日の変更の場合は、下記まで連絡して下さい。

検査中止、予約変更の場合の窓口 奈良県西和医療センター 放射線科受付
検査についての問い合わせ先 電話 0745-32-0505 (内線 2141)

5. 以下に該当するものを検査室に持ち込みますと、故障や検査に影響をおよぼしますので必ず所定の場所にお預け下さい。なお、盗難、故障には一切の責任を負いかねます。

①磁気性のもの

【例】磁気記録のカード類 (クレジット・キャッシュなど)、定期券、エレキバン、脱着式のインプラントなど

②金属性のもの

【例】ヘアピン、ネックレスなどのアクセサリー、ホックやチャックの金属片、かつら、時計

6. 当院では事故防止のため検査着に更衣していただいております。ご協力お願いします。

○化粧をされている方で、検査に支障をきたす場合がありますので、化粧をしないで来院して下さい。

○コンタクトレンズを使用されている方は、検査当日はレンズをはずし、めがねで来院して下さい。

○狭心症の貼り薬 (ニトロダーム等) は検査の際にははずして頂きます。