

MRI検査を受けられる院外依頼患者様へ

氏名： _____ 様 依頼医療機関名 _____

検査予約日： 月 日 (曜日) 午前・午後 時 分

当日、正面受付で本紙、紹介状(持参の方)、診察券(受診歴のある方)をお出し下さい。
その後、G_I番CT・MR受付に御案内致します。

検査終了後は正面会計受付で会計後、お帰り下さい。

画像と読影報告書は依頼医療機関に後日(通常は翌日)致します。

このMRI検査で食事の制限はありませんので、通常どおりとして下さい。

MRI(磁気共鳴画像)検査とは強い磁力と電波を使用して体内組織を画像化する検査です。
このため検査室内に金属製品を持ち込んだ場合、事故や破損の危険性がありますので下記
注意事項について確認をお願いします。

1) 該当する方は検査を受けることが出来ません。

- ・ 心臓ペースメーカーを装着されている方
- ・ 人工内耳を使用している方
- ・ 可動型義眼を装着している方

2) 手術などで体内に金属(ステント、クリップ等)が埋め込まれている方、外傷、事故などで、
体内に金属片が入っている方は検査を受けられない場合があります。

3) 金属製品や磁気を使用したものは検査室内に持ち込めません。カード類や時計、カイロ、
エレキバン、補聴器、義歯、かつら、アクセサリ等ははずしてください。

また、入れ墨や磁性体を含む化粧品(アイシャドー、マスカラ等)の使用及び保温下着、
遠赤外線下着等でその部位が発熱により熱くなったり、ヒリヒリ感を感じる事があります。

この為、保温下着、遠赤外線下着(ヒートテック®、ホットマジック®等)では更衣の必要があります。

4) 胎児に対するMRI検査の安全性は確立されていません。

原則、妊娠初期の方は検査を受けることが出来ません。

(特に妊娠期間の最初1/3の時期は検査に慎重になる必要があります。)

5) 閉所恐怖症の方は担当医に申し出てください。

6) 検査時間は検査の種類にもよりますが、20～30分程度です。

7) 検査中はトンネルの中に入り、大きな音の中で検査をします。



- * 検査の診断精度を向上させるために、放射線科医の判断で造影剤を使用する場合があります。
《MR造影剤の説明書》をお読みください。

- * 安全に検査を行うために問診表に必要事項を記入し、検査同意書に署名をお願いします。
なお、同意書をいただいたあとでも、同意をいつでも撤回することができます。

院外

MRI

ご紹介医療機関名:

カナ: 患者名前:

検査日: 年 月 日 (曜日)

《造影MRI検査 問診および同意書》

受付サイン

※ 消えないように黒のボールペンで太枠内をご記入ください

1. 心臓ペースメーカー, 人工内耳, 可動型義眼 が埋め込まれていますか?	はい 「はい」の方は原則、MRI検査ができません。	いいえ
2. 体内金属が埋め込まれていますか?	はい 以下の① ② にご記入ください。	いいえ
① 該当するものに○をつけてください。 ② 埋め込まれた時期、材質について可能な範囲で記入してください。	脳動脈クリップ, 人工心臓弁, 植込み型心電計(ICM), 人工骨頭, スtent・コイル, シヤントバルブ, 義手・義足・義眼, 金属片, いれずみ, 補聴器, インスリンポンプ・持続血糖測定器, ティッシュエキスパンダー, その他 ()	
3. 妊娠中または妊娠の可能性がありますか?	はい	いいえ
4. 過去に造影剤を用いた検査で、副作用が出たことがありますか?	はい 以下の①~③にご記入ください。	いいえ
① それはいつごろですか?	年 月 日	今回初めて
② 何の検査でしたか?	CT MRI 血管造影 尿路造影 その他:	
③ その時の症状を教えてください。	じんま疹 くしゃみ 嘔気・嘔吐 呼吸困難 その他:	
5. 喘息発作を起こしたことはありますか?	はい 最終発作は 年 月 日	いいえ
6. アレルギー疾患はありますか? 該当する箇所に○をつけてください。	じんま疹 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 薬や食物のアレルギー その他:	なし
7. 身長は何cm, 体重は何kgですか?	cm	kg
8. 腎臓が悪いといわれた事がありますか?	はい 具体的な内容:	いいえ
9. MRI検査の必要性 及び 造影剤の使用に関して、必要性和これに伴う危険性について説明を受け理解し造影検査を受けることに同意しますか。 ※同意はいつでも撤回することができます。 御家族の方へ ・ご本人が記載不可の場合は家族の署名・続柄が必要です。 ・未成年の場合、親権者の署名が必要です。 主治医へ ・緊急時に限り、主治医のサインのみでも検査可能です。 その旨、カルテ記載をお願いします。	同意します 同意しません 署名もしくは代理人署名 (続柄) () 同意日: 年 月 日	

説明者

静岡県立総合病院
TEL 054-247-6111 内線 4124

問診	One shot	Dynamic	Dr. サイン
	腎機能	造影剤 量	

MR I 造影剤の説明書

MRI 造影剤は造影 MRI で使用する薬剤です。病気をより正確に診断するために、必要に応じて造影剤を使用します。安全な薬剤とされていますが、まれに副作用がおこる場合があります。

内容をよくお読みの上で、MR I 造影剤の使用に同意・署名をお願い致します。同意頂けない場合は、造影剤を使用せずに撮像を行い、可能な限り正確な診断ができるように努力致します。

1) **ガドリニウム製剤**（製品名：マグネビスト、プロハンス、プリモビスト）
MR I 造影検査ではほとんどの場合これを使用します。

①副作用

ほとんどは吐き気、嘔吐、じんま疹、熱感などで、一過性で軽症です（約 1%）。呼吸苦、ショックなどの重篤な副作用は 4 万人に 1 人程度の頻度です。極めてまれですが、100 万人に 1 人程度の頻度で死亡例が報告されています。

- ② 禁忌
- ・以前にガドリニウム造影剤で強い副作用が出た方。
- 原則禁忌
- ・気管支喘息の方。
 - ・透析中の方。重篤な腎障害をお持ちの方。

2) **SPIO 製剤**（製品名：リゾビスト）

主に肝臓の検査 (SPIO MRI 検査) で使用します。

① 副作用

ほとんどが軽い副作用で鼻出血、熱感、倦怠感などです（0.04%）。まれですが 1 時間後～数日後に症状が現れる可能性が報告されています。症状が現れた場合には速やかに担当医に連絡してください。呼吸障害、血圧低下、意識障害など重い副作用も起こるといわれていますが、極めてまれです（頻度不明）。

- ② 禁忌
- ・以前に本剤または鉄剤注射で過敏症の既往歴のある方。
 - ・ヘモクロマトーシスなど鉄過剰症の方。
 - ・出血している方。

《妊娠中、授乳中の方》

妊娠中の方は原則、造影剤を用いた検査は行いません。

授乳中の方は、造影検査後 48 時間は授乳を止めて下さい。

説明書をよくお読みの上、MRI 造影剤使用に同意頂ける場合には別紙同意書（検査予約票）に署名し、検査当日に持参下さい。上記禁忌事項に該当する方や心配な点がございましたら、同意書の余白に記載して下さい。