

MRI検査を受けられる院外依頼患者様へ(胆・膵・MRCP検査用)

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。

**この検査では食事や飲水により十分な検査情報が得られなくなりますので、
検査前の飲食はしないで下さい。(飲水は検査1時間前より控えて下さい)**

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。

《MRCP用検査問診表》

院外

カナ:

MRI

ご紹介医療機関名:

患者氏名:

検査日: 年 月 日 (曜日)

※ 消えないように黒のボールペンでご記入ください

ご確認ください。下記に該当する方はMRI検査ができません。

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? 【 いいえ ・ はい 】

* 体内金属が埋め込まれていますか? 【 いいえ ・ はい 】

「はい」の方は該当するものに○をつけてください。

(脳動脈クリップ 人工心臓弁 植込み型心電計(ICM) 人工骨頭
ステント・コイル シェントバルブ 義眼・義手・義足 補聴器 金属片
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 いれずみ)

埋め込まれた時期や材質について可能な範囲で記入してください。

* 閉所恐怖症ですか? (いいえ ・ はい)

* 妊娠中もしくは妊娠の可能性がありますか? (いいえ ・ はい)

* 身長は何cm、体重は何kgですか? (cm) (kg)

必要に応じて造影剤を投与して検査を行います。当てはまるものに○をつけてください。

1. 今までに造影剤を用いた検査を行ったことがあり、副作用が出たことがありますか? (いいえ ・ はい)

「はい」の方のみ以下を記入してください。(いいえの方は2.の質問にお進みください。)

- ① それはいつごろですか?
② 何の検査でしたか? (MRI CT 血管造影 尿路造影 その他)
③ そのときの症状に当てはまるものに○をつけてください。
(じんましん 発赤 吐き気・嘔吐 咳 呼吸困難 その他)

2. アレルギー体質ですか?アレルギー体質の方は該当するものに○をつけてください。

※ わかりやすくはっきりと○をつけてください。

(喘息 じんま疹 アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎 薬や食物に対するアレルギー)

3. 腎臓が悪いといわれた事がありますか? (いいえ ・ はい)

《 MRI検査同意書 》

- 1. 私はMRI検査の必要性を理解し、検査に対する問診・説明を受け、検査を受けることに (同意します ・ 同意しません)
2. ホーステル内用液等の経口造影剤の使用に関して、必要性と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 ・ 同意しません)
* 同意書はいつでも撤回することができます。

患者本人署名

同意日: 年 月 日

代理人署名 (続柄)

※未成年の場合、親権者の署名が必要です。

説明者

静岡県立総合病院
TEL 054-247-6111 内線 4125

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) **経口消化管造影剤**（製品名：ボースデル）

MRCP 検査前に内服して頂きます。

① 副作用

軟便が最も多く、発現率は 7%程度です。それ以外に下痢、腹痛、腹鳴、血清鉄低下などが見られることがあります。

- ② 禁忌
- ・消化管穿孔、またはその疑いのある方。

《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。