

# MRI 検査のご案内

氏名

様

検査日

年

月

日

検査時刻

時

分

- ・ 総合受付で受付後、予約時間の 30 分前までに画像診断治療センター受付までお越しください。
- ・ 入院中の方は、検査時間になりましたら連絡いたしますので、病室にてお待ち下さい。
- ・ 予約の時間に遅れますと、当日の検査が出来ない場合がありますので予めご了承下さい。
- ・ 検査時間に遅れる場合は事前にご連絡下さい。

## MRI 検査とは

- ・ 磁力を用いて、体内の断層写真を撮像する検査です。
- ・ 検査装置から不快な騒音が発生しますが、耳栓およびヘッドホンにて騒音を軽減いたします。ご安心下さい。
- ・ 検査時間は検査部位や検査内容により異なります。(20 分～60 分)

下記に相当する方で、MRI 検査は受けられない場合があります。  
担当医師にご連絡ください。

- 心臓ペースメーカーを装着している方
- VP シヤント、LP シヤントを挿入している方
- 人工内耳を装着している方
- 電氣的または機械的に作動する体内埋め込み機器を装着している方
- 歯茎に埋め込まれている部分に磁石を用いたインプラントを埋め込んでいる方
- 妊娠中の方
- 閉所恐怖症の方
- 眉やまぶたなどを含め身体に入れ墨がある

## 検査当日のお食事やお薬

- ・ 通常の MRI 検査では食事、飲水、内服薬に関する制限はありません。
- ・ MRCP とよばれる検査を行う場合、食事制限が必要です。検査前 6 時間は食事を控えて下さい。
- ・ 膀胱の MRI 検査では、膀胱に尿を溜めた状態で検査しますので、検査前 2 時間は排尿を控えて下さい。

## 造影剤について

- ・ 造影剤と呼ばれる検査薬を使用して MRI 検査を行う場合があります。
- ・ 造影剤を使用する場合は担当医より説明があります。問診票記入と同意書への署名をお願いいたします。

## 検査中の注意点

- ・ 検査中に気分が悪くなった場合は、ブザーにてお知らせください。

# MRI検査問診票

氏名

様

検査日

年

月

日

検査時刻

時

分

MRI 検査を安全に行なうための問診票です。

必要事項をご記入の上、検査当日に MRI 室にご提出ください。

## ◎下記の該当項目がある場合、MRI 検査を行えません。担当医師に連絡して下さい。

- ペースメーカーを装着していますか..... いいえ  はい
- VP シヤント、LP シヤントを挿入していますか..... いいえ  はい
- 電氣的または機械的に作動する体内埋め込み機器を装着していますか..... いいえ  はい
- 人工内耳をされていますか..... いいえ  はい
- 歯茎に埋め込まれている部分に磁石を使用したインプラントを埋め込んでいますか..... いいえ  はい

## ◎下記の該当項目がある場合は、検査が出来ない場合があります。

- 頭部その他手術の既往がありますか..... いいえ  はい  
手術の時期と内容( )
- 事故、怪我、戦争などにより、体の中に金属が残っていますか..... いいえ  はい  
金属の内容( )
- 眉やまぶたなども含め、身体に入れ墨がありますか..... いいえ  はい
- 閉所恐怖症ですか..... いいえ  はい
- (女性のみ)妊娠中または妊娠の可能性ががありますか..... いいえ  はい

## ◎下記の該当項目がある場合、検査前に取り外して頂きます。

- 取り外しのできる義歯、インプラント、義眼を装着していますか..... いいえ  はい
- 補聴器を装着していますか..... いいえ  はい
- 血糖測定装置(デクスコム、リブレなど)を装着していますか..... いいえ  はい
- カラーコンタクトを装着していますか..... いいえ  はい
- 鉄分を含む装飾品(ネイル、つけまつげ、マスカラ、増毛パウダー)をつけていますか..... いいえ  はい
- ニトログリセリン貼り付け製剤を貼っていますか..... いいえ  はい
- かつらを装着していますか..... いいえ  はい

# 造影 MRI 検査のご案内

氏名

様

検査日

年

月

日

検査時刻

時

分

病状態を正確に診断するために造影剤を使用した MRI 検査が必要です。

担当医からの説明をお聞きいただき、造影剤使用に同意される場合は別紙「造影検査問診票・同意書」の問診にお答えいただき、同意書にご署名をお願いします。

同意書にご署名いただいた後に造影検査を撤回されてもかまいません。

## 1. 造影剤使用の目的

- ・ 個々の検査毎に、造影剤使用の目的は少しずつ異なりますが、造影剤使用の主な目的は「病変を明瞭に抽出する事」と「病変の性質を抽出する事」の二つに集約されます。
- ・ 造影剤を使用しない MRI 検査では不明瞭であった病変が、明瞭・正確に診断される事も少なくありません。

## 2. 造影剤の副作用

- ・ 造影剤投与直後あるいは数日～数週間後に、かゆみ、蕁麻疹、嘔気、嘔吐などの軽症の副作用が起こる場合があります。
- ・ 極めて稀に、アナフィラキシーショック、けいれんなどの重症の副作用が起こる場合があります。
- ・ 過去に造影剤副作用の経験がない方でも、今回の検査で副作用が現れる可能性があります。
- ・ アレルギー体質の方では副作用発現率はやや高くなります。

## 3. 副作用が起こった場合

- ・ 検査中に副作用が起こった場合には迅速かつ最善の処置を行います。
- ・ 検査終了後に症状が現れた場合は、下記までご連絡ください。

診療時間内(平日 8:30～17:15)

熊本総合病院 画像診断治療センター ☎0965-32-7111 (内線 250)

診療時間外および休日

熊本総合病院 救急救命センター ☎0965-32-7111 (内線 270)

熊本総合病院 1階 画像診断治療センター内 MRI室 ☎0965-32-7111 (内線 252)

# 造影MRI検査問診票・同意書

氏名

様

検査日

年

月

日

検査時刻

時

分

## 造影検査のための問診票

これまでに MRI 用造影剤での副作用の経験がありますか.....  いいえ  はい

アレルギー性の病気あるいはアレルギー体質ですか.....  いいえ  はい

気管支ぜんそく

蕁麻疹

アトピー性皮膚炎

アレルギー性鼻炎

薬物アレルギー

食物アレルギー

その他(

)

ご家族に、アレルギー性の病気あるいはアレルギー体質の方がいますか

いいえ  はい

腎臓の病気がありますか.....  いいえ  はい

(女性のみ) 現在妊娠中あるいは妊娠中である可能性はありますか.....  いいえ  はい

(女性のみ) 現在、授乳中ですか.....  いいえ  はい

現在の体重 : \_\_\_\_\_ Kg

※造影検査後 24 時間は授乳をお控え下さい。

## 造影検査同意書

年 月 日

MRI 造影検査説明書をもとに下記について説明致しました。

1. 造影剤使用の目的について
2. 造影剤の副作用について
3. 副作用が起こった場合の対応について

説明者

年 月 日

熊本総合病院長殿

上記説明内容を承諾し、造影検査を受けることに同意します。

本人署名

代理人署名

続柄( )

※同意書にご署名いただいた後でも、造影検査を撤回されてかまいません。