

# 造影MRI検査を受けられるかたへ

MRI検査では強い磁気を使用し、身体を撮影する検査です。磁気共鳴画像検査ともいいます。検査により検査時間が異なり（30～60分程度）、多少大きな音がしますがご了承ください。

## 検査時間

- 再来受付機で手続きを行い、予約時間の20分前までに予約票、受付票を持って放射線科受付までお越しください。
- 入院中の方は、MRI室より連絡があるまでお部屋でお待ちください。

## 検査当日の食事について [水分摂取（お茶、水）の制限はありません。]

- 検査予約時刻の3時間前から食事をとらないで下さい

## 検査前の蓄尿の必要性について

- 蓄尿の必要はありません。
- 蓄尿してください。予約時間の約2時間前からトイレは控えて膀胱内に尿をためてください。

## 持ち物及びお身体について

- MRI室では検査着に着替えていただきます。貴重品は鍵付きロッカーへお願いします。
- 下記の物は検査の妨げになりますので、検査前にはずしていただきます。

- 装飾品（時計、ネックレス、ピアス、イヤリング、指輪など）
- 金属の付いた下着類、補聴器、ヘアピン、めがね、取り外し可能な入れ歯、コンタクトレンズ、カイロ、シップ、エレクトロニクスなど

- 化粧品などは金属を含むものがあるため、検査前に落とさせていただくことがあります。
- 増毛パウダー、白髪隠しなどは検査当日は使用をお控えください。金属を含むものがあるため、画像劣化や装置の故障の原因となります。

## お願い

- 緊急患者さんや、その他検査の都合上時間が多少ずれることがありますが御了承ください。
- 磁力を用いた検査のため、体内・体外に金属や精密機械があると検査できないことがあります。例）内視鏡クリップ、歯科矯正、巻き爪の矯正、持続血糖測定器（リブシ）など
- 女性骨盤の撮影時に生理中の場合はタンポンや月経カップのご使用はお控え下さい。

以下の方は、検査前の問診表に記載をお願いします。

- 心臓、脳、耳、骨の手術を受けたことがある
- 閉所恐怖症がある
- 妊娠または妊娠の可能性がある
- いれずみ（眉も含めて）をしている

## 骨盤部MRIを受けられる方へ

骨盤部MRIでは診断能の高い画像を得るために、腸の動きを抑制する注射薬（ブスコパン）を使用する場合があります。検査当日に別途問診表の記載をお願いします。

また、副作用として目の焦点が合いにくいなどの症状が現れることがありますが、短時間で元に戻ります。症状が治まるまでは車の運転などは控えてください。

造影検査とは、ガドリニウムを含んだMRI専用の造影剤を静脈から注射します。造影剤を使用することで病変の写りがよくなり診断に大変役立ちます。

### 副作用について

造影剤を使用すると、下記のような副作用が起こる場合があります。

**軽い副作用**：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などです。

基本的に治療を要し無いことが多いです。

この副作用の起こる確率は、約5%以下で100人につき5人以下です。

**重い副作用**：呼吸困難、意識障害、血圧低下、腎機能低下などです。

このような副作用は、通常治療が必要できわめてまれですが、後遺症として残る可能性があります。そのため、入院し治療が必要なこともあります。

このような副作用が起こる確率は約0.05%以下で1万人に5人です。

**重篤な副作用**：病状・体質によっては約100万人に1人の割合（0.0001%）で死亡する場合があります。

### ご注意いただきたいこと

- \* 検査1～3日後、アレルギー反応が出る場合があります。身体に異常を感じられた時には主治医にご相談下さい。
- \* 造影剤は血管外に漏れでることもあります。この場合は、注射した部分が腫れたり、痛みを伴うこともあります。  
時間がたてば吸収されるので心配はありません。漏れた量が非常に多い場合には皮膚科での処置が必要なることもあります。
- \* 以下の既往のある方は造影剤の副作用が生じる頻度が比較的高く、症状が強くなる場合もあり、専門医の判断で造影検査を行わないことがあります。必ずお申し出下さい。
  1. 今までに造影剤による副作用症状を起こしたことのある方
  2. 気管支喘息などのアレルギー性疾患のある方
  3. 薬剤性過敏症やじんましんなどアレルギー歴のある方

ID:

氏名: 様

造影 MRI 検査に関する同意書

市立芦屋病院 病院長 様

記

造影MRI検査についての説明内容

- ・ 現在の病状や予後について
- ・ 造影剤使用の必要性と危険性(副作用、合併症)の可能性
- ・ 造影剤を使用しない場合の利益および不利益
- ・ 当日、検査担当医の判断により造影剤を使用しないことがあること
- ・ 造影剤の使用を希望しない場合(造影剤を使用せずに検査を行う場合):

造影剤の使用を希望しない場合は、署名欄に自筆署名または記名押印をしてください。

年 月 日

署名: \_\_\_\_\_ 続柄( )

(代理人の場合は続柄をご記入下さい)

説明医師名:

印

同意説明日:

年 月 日

私は、別紙説明文に基づく、上記の造影MRI検査についての必要性及び実施内容の説明を十分に理解しましたので同意いたします。

年 月 日

現住所:

氏名:

署名:

または、代理人住所:

代理人氏名:

続柄( )

ID:

氏名: 様

造影 MRI 検査に関する同意書

市立芦屋病院 病院長 様

記

造影MRI検査についての説明内容

- ・ 現在の病状や予後について
- ・ 造影剤使用の必要性と危険性(副作用、合併症)の可能性
- ・ 造影剤を使用しない場合の利益および不利益
- ・ 当日、検査担当医の判断により造影剤を使用しないことがあること
- ・ 造影剤の使用を希望しない場合(造影剤を使用せずに検査を行う場合):

造影剤の使用を希望しない場合は、署名欄に自筆署名または記名押印をしてください。

年 月 日

署名: \_\_\_\_\_ 続柄( )  
(代理人の場合は続柄をご記入下さい)

説明医師名: \_\_\_\_\_ 印  
同意説明日: \_\_\_\_\_ 年 月 日

私は、別紙説明文に基づく、上記の造影MRI検査についての必要性及び実施内容の説明を十分に理解しましたので同意いたします。

年 月 日

現住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_

署名: \_\_\_\_\_

または、代理人住所: \_\_\_\_\_

代理人氏名: \_\_\_\_\_ 続柄( )

