

MRI 造影検査を受けられるかたへ

MR I 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分～1時間程度の時間を必要とします。また、多少大きな音がしますがご了承ください。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。

検査時間

予約時間の20分前までに再来機で手続きを行い予約票、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、MR I 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。]

- 食事制限はありません
- 検査当日の朝食のみ絶食となります。
- 検査当日の昼食のみ絶食となります。

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空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

- MR I 室では所定の検査着に着替えていただきます。
貴重品などは鍵付きロッカーを設置していますのでご利用ください。
- 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。
金属のホック・ファスナーなどのついた下着類
装飾品（時計、ネックレス、ピアス、イヤリング、指輪など）
補聴器、ヘアピン、めがね、取外し可能な入れ歯、コンタクトレンズ、カイロ、シップ、エレキバンなど
- 化粧品・マニキュアなどには金属を含んでいるものがあるため、検査前に落としていただきます。

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。

以下の方は検査前に申し出てください。

- 心臓、脳、耳、骨の手術を受けたことがある
- 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
- 閉所恐怖症がある
- 喘息で治療を受けたことがある

MRIでの造影検査を受けられるかたへ

造影検査について

造影検査とは、ガドリニウムを含んだMRI専用の造影剤薬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。

ご注意ください

* 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がある方
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

MRI 検査に関する同意書

市立芦屋病院 病院長 様

記

造影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
- 代替の検査法
- セカンドオピニオンを保証すること
- 実施前であれば、同意を取り消すことができる
- 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

同席者氏名:

印

同意説明日:

印

私は、別紙説明文に基づき、上記の造影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()

MRI 検査に関する同意書

市立芦屋病院 病院長 様

記

造影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
- 代替の検査法
- セカンドオピニオンを保証すること
- 実施前であれば、同意を取り消すことができる
- 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

同席者氏名:

印

同意説明日:

印

私は、別紙説明文に基づき、上記の造影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()

氏名:

生年月日(年 月 日)

MRI 造影検査に関する問診票

MRI 造影検査における問診

1. 現在の体重 (Kg)

2. 今までに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか？

ない ある (CT 検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影検査、MRI 検査)

・そのとき、検査中または検査後に何らかの症状がでましたか？

ない ある (吐き気、嘔吐、頭痛、発疹、かゆみ、咳、顔面の紅潮、
冷や汗、その他 ())

3. 次のようなアレルギー体質といわれたり、アレルギー性の病気にかかったことがありますか？

・ぜんそく、じんま疹、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、アルコール綿花、かぶれやすい

ない ある

4. これまでに注射、内服薬で具合が悪くなったことがありますか？

ない ある (薬品名:)
(症状:)

5. 両親、兄弟、姉妹にアレルギー疾患の方はいますか？

いいえ はい

6. 次のような疾患にかかったことがある、または治療中ですか？

いいえ はい (心臓病、腎臓病、肝臓病、甲状腺疾患、
その他 ())

7. 女性の方へ、妊娠中または授乳中ですか？

いいえ はい