# MRI 検査　予約票

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

【検査部位】 頭部 ・ 腹部 ・ 骨盤腔 ・ 背椎 ・ 関節 ・ （　　）

【造影剤使用】 あり ・ なし

【検査日時】＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日＿＿＿曜日　午前 ・ 午後 ＿＿＿＿時＿＿＿＿分

※ 検査予約時間の 20 分前までにご来院下さい（ 造影検査 30 分前 ）

※ 予約日時にご来院出来ない場合はお早めにご連絡ください

## ＭＲＩ検査は強い磁場を用いる検査です

**検査前のお願い**

1. 腹部検査または造影検査は、当日の【 朝食 ・ 昼食 】は食べずにご来院下さい。
2. 骨盤腔の検査は、検査の１～２時間前から排尿（オシッコ）をしないでください。

★次の□のものは身につけて検査が出来ません。事故や故障または火傷を負う原因になります。

- □ 電子機器： 補聴器・携帯電話など
- □ 日用品： 入れ歯・かつら・ヘアピン・眼鏡・カラーコンタクトなど
- □ 装飾品： 腕時計・ネックレス・指輪・ピアスなど
- □ 肌着： ブラジャー・コルセット・ファスナー・ヒートテックなど
- □ 貼り薬： 湿布・エレキバン・カイロ・ニトロダームなど
- □ 化粧品： ＵＶケア化粧・増毛パウダー・つけまつげ・ラメ入り化粧など
- □ 小物類： 財布・鍵・お金・クレジットカードなど

- 検査時間は、約３０分～１時間になります。
- 検査開始時間は進捗情況により前後する事がありますので予めご了承ください。
- 予約時間を過ぎると検査できない場合がありますので予めご了承ください。
- 予約時間までにご来院できない場合は、必ず電話連絡をお願いします。
- 造影検査を受けられる方は、別紙『MRI の造影剤使用に関する説明書』をお読みください。

社会福祉法人 浅草寺病院　医療連携室　電話　03-3841-3330

# MRI の造影剤使用に関する説明書

【造影剤について】

今回実施する MRI 検査はガドリニウム造影剤という薬剤を使用します。造影剤は、病気の有無や性質、範囲を正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使用するかどうかは、検査の目的や部位によりさまざまですが担当医師により判断されます。

今までに造影剤で副作用の起こった方は、原則として造影剤は使用できません。副作用歴のある方は必ずお知らせください。

【造影検査について】

1. 検査を始める前に点滴を行います。
2. まれに造影剤による副作用が現れることがあります。
3. 検査後気分が悪くなったら、すぐにお申し出ください。

【副作用について】

造影剤を使用すると、まれに副作用が起きることがあります。ぜんそくやアレルギー体質でこの確率は高くなります。副作用の種類は次のようなものです。

1. 軽い副作用

吐き気、かゆみ、くしゃみ、咳、咽喉頭（のど）違和感、動悸、頭痛、発疹などです。

これらは治療を要さないか、投薬や注射が必要となる場合があります。発生確率は約 100 人につき 1 人、つまり 1%です

2. 重い副作用

呼吸困難、ショック、意識障害、血圧低下、腎不全などです。

このような副作用は、入院治療が必要です。場合によっては後遺症が残る可能性もあります。発生確率は約 10 万人につき 5 人以下(0.005%)です。また、症状・体質によって約 100 万人につき 1 人（0.0001%）の割合で死亡する場合もあります。

これらの症状は造影剤使用直後から 1 時間以内に生じることがほとんどです。検査中はスタッフが状態を注意深く観察していますので、体調の異変を感じられた方はすぐにお申し出ください。

ごくまれに検査後数時間から数日後に発疹、吐き気、かゆみなどの遅延性の副作用が現れることがあります。症状発現時には受診していただく場合がありますので、下記連絡先までご連絡ください。

社会福祉法人 浅草寺病院　医療連携室　電話　03-3841-3330

# ＭＲＩ検査　問診票・同意書

**【問診】** ①～⑦を必ず確認してください。以下に該当する方は検査が出来ない場合があります。

| | |
|---|---|
| ☆　ＭＲＩの検査を受けられたことがありますか | （ はい・いいえ ） |
| ★　補聴器をつけていますか | （ はい・いいえ ） |
| ①　金属を埋め込む手術を受けたことがありますか | （ はい・いいえ ） |
| 何の金属ですか<br>□心臓ペースメーカー　□歯科インプラント　□治療用ボルト･プレート　□除細動器　□人工内耳<br>□神経刺激装置　□バルブ付きシャント　□その他（どこに：　　材質：　　） | |
| ②　体内に人工の弁を埋め込む手術を受けたことがありますか | （ はい・いいえ ） |
| ③　脳の手術を受け脳動脈瘤のクリップ等が埋め込まれていますか | （ はい・いいえ ） |

※①～③で“はい”と答えられた方は施行された施設にて、ＭＲＩ実施が可能であるかご確認下さい

| | |
|---|---|
| ④　金属加工作業などで金属片が体内に入った恐れがありますか | （ はい・いいえ ） |
| ⑤　体に入れ墨やアートメイクはありますか | （ はい・いいえ ） |
| 発熱する恐れがあります。検査実施に同意しますか | （ はい・いいえ ） |
| ⑥　閉所恐怖症の兆候はありますか | （ はい・いいえ ） |
| ⑦　女性の方にお聞きします。<br>現在、妊娠中または妊娠の可能性がありますか<br>現在、授乳をしていますか | <br>（ はい・いいえ ）<br>（ はい・いいえ ） |

**造影検査**を受けられる方は⑧～⑩の項目もご記入ください。

| | |
|---|---|
| ⑧　造影剤を使用した検査を受けたことがありますか | （ はい・いいえ ） |
| 何の検査でしたか<br>□CT　□MRI　□血管造影　□腎臓造影　□その他（　　）<br>その時、副作用はありましたか | <br><br>（ はい・いいえ ） |
| ⑨　お薬にアレルギーはありますか | （ はい・いいえ ） |
| ⑩　気管支喘息にかかったことがありますか | （ はい・いいえ ） |

ＭＲＩ施行（　可能　・　不可　）　確認医師＿＿＿＿＿＿＿＿

説明事項及び問診事項を読みました。

内容を十分理解した上で、ＭＲＩ検査を受けることに同意します。

＿＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

患 者 署 名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人記入が困難な場合　代理人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄＿＿＿＿＿）

社会福祉法人 浅草寺病院　医療連携室　電話　03-3841-3330