



# MRI検査予約票

医療機関名 \_\_\_\_\_ 依頼医師名 \_\_\_\_\_

患者氏名 (カナ) \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 \_\_\_\_\_

## MRI検査を受けられる方

①紹介患者様は検査開始予定時刻の20分前までに来院してください。遅れますと検査できない場合があります。

②次に該当する方は必ず主治医に申し出てください。

○心臓ペースメーカー、埋め込み除細動器、人工内耳、脊髄刺激装置などを使用している方  
(MRI検査を受けることはできませんが一部機器は専門医の確認のもと検査できる場合もあります)

○今までに手術、カテーテル手術を受けた事がある方

○手術により体内に金属が入っている方

(動脈瘤クリップ、動脈瘤コイル塞栓、眼内レンズ、人工関節、人工心臓弁、ステント、義眼など)

○事故、戦争、けがなどで体内に金属が入っている方

○刺青(まゆげやアイラインを含む)をされている方

○歯列矯正中の方(歯科医師の確認が必要です)

○磁石を利用した入れ歯を使用している方(歯科医師の確認が必要です)

○てんかん、閉所恐怖症のある方

○妊娠の可能性のある方

○体温機能調節に障害のある方

○体の動きを止められない方

○鉄剤(サプリメント)を飲んでいる方(添付文書の排泄時間を待って検査可能となります)

③検査時間が30分以上かかる場合がありますので、トイレは前もって済ませておいてください。

④検査室内は強い磁場と電場が発生していますので、身に着けている金属、機械、磁気カード類、その他は更衣室内で外していただきます。

その他

(鍵、時計、携帯電話、補聴器、磁気カード、ヘアピン、ネックレス、イヤリング、ピアス、入れ歯、カツラ、カイロ、磁気治療器(エレキバン)、義肢、装具など)

⑤コンタクトレンズは一部MRI検査にとって危険となるものがありますので、検査時に外していただく場合があります。保管ケース、保存液などお持ちください。

⑥化粧品や日焼け止め、薄毛を目立たなくするものなどは金属成分を含むものがありますので使用してこないでください。使用されていますと検査できない場合があります。

⑦検査内容により造影剤を静脈注射して行う場合がありますのでアレルギー体質の方は、申し出てください。

⑧胆道MRIの場合、検査時間4時間前は禁食していただきます。ただし水、お茶などの水分は十分に摂取してください。

⑨検査日に都合が悪くなったり、予約時間(20分前)に来院できない場合は早めにご連絡ください。

⑩救急患者さんが来院された場合、検査予約時刻が前後する場合があります。ご理解とご協力をお願いします。

⑪その他ご不明な点は依頼医に申し出てください。

⑫検査所要時間はおよそ30分~60分程度です。

# MRI検査における体内金属および造影剤使用に関する説明書と同意書

## □MRI検査および体内金属について

MRI検査はX線を使用せず、寝ているだけの安全な検査とされています。しかし、手術等により体内に機械や金属が存在する場合、それらの移動や発熱の可能性があり、不慮の事故が起こる可能性があります。

検査を安全に行うために下記の質問にお答えください。

### ■MRI検査のための問診票

- |  |                              |                             |
|--|------------------------------|-----------------------------|
| ①今までにMRI検査を受けたことがありますか？  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ②心臓ペースメーカー（除細動、心電図含む）を使用していますか？  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ③今までに手術、カテーテル検査をしたことがありますか？どのような手術ですか？<br>年頃 手術名（ ）  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ④体の中に金属は入っていますか？<br>クリップ・コイル・人工関節・ステント・カテーテル・人工心臓弁・人工内耳・義眼・<br>眼内レンズ・シャント（血管・脳室）・神経刺激装置・その他（ ） | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑤刺青や永久アイラインが入っていますか？（火傷、色落ちの可能性あります）   | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑥取り外しのできる入れ歯を使用していますか？<br>それは磁石で固定するタイプのものでしょうか？（歯科医師の許可が必要です）                                 | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑦歯列矯正中ではありませんか？（歯科医師の許可が必要です）  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑧鉄剤を服用していますか？（鉄剤由来の画像の歪みや発熱の可能性あります、排泄を待つのが望ましいです）   | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑨閉所恐怖症（狭いところで長時間じっとしてられない）ですか？   | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑩（女性の方のみ）現在妊娠している可能性はありますか？（胎児の安全性が確立していません）   | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑪わかっている感染症がありましたら記載して下さい [W氏・HBsAg・HCV・その他（ ）]   | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

## □造影検査について

MRI造影剤にはガドリニウム、鉄、マンガンを主成分とする3種類の造影剤があります。

これらの造影剤は静脈注射もしくは経口投与することにより、体内のより詳しい画像情報を得るうえで重要な役割をします。使用する造影剤は一般のお薬同様、まれに副作用が起こることがあります。

軽い副作用（5%以下）：吐き気、嘔吐、頭痛、かゆみ、発疹など

重い副作用（0.1%以下）：呼吸困難、意識障害、血圧低下など

※近年、腎機能が高度に低下した方（透析を行っている方、腎不全の方）にMRI造影剤を使用し、腎性全身性線維症（造影剤投与数日から数ヶ月後に、皮膚の発赤、発疹、腫脹、疼痛、硬化などで発症し、その後皮膚の硬化や色素沈着、関節硬縮などを生じる病気）を発症した報告があります。腎臓病のある方や透析を受けている方は、必ず医師におっしゃってください。

### ■主成分ガドリニウム／鉄／マンガン造影剤使用のための問診票

- |   |                              |                             |
|---|------------------------------|-----------------------------|
| ①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？（CT、MRI、尿路等）  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ②その時副作用はありましたか？<br>かゆみ・じんま疹・吐き気・嘔吐・くしゃみ・冷や汗・その他（ ）  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ③アレルギー性の病気やアレルギー体質はありますか？<br>じんま疹・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・食物アレルギー（<br>薬剤（薬剤名 ）・その他（具体的に ）                             | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ④気管支ぜんそくと言われたことはありますか？  | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑤腎臓の働きが悪い（腎不全など）言われたことがありますか？   | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑥（女性の方のみ）現在授乳していませんか？   | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| ⑦クレアチニン値.....mg/dl 採血日 年 月 日<br>eGFRが60[ml/分/1.73m <sup>2</sup> ]未満の患者様は当科では造影検査を行っておりません。診療科（内科等）に御紹介をお願い致します。 |                              |                             |

説明医師署名欄 年 月 日 科 医師氏名

私は検査に関してその必要性和副作用の可能性について説明を受け納得しましたので、検査を受けることに同意します。また万一、副作用が現れた場合には必要な処置を受けることを承諾します。

記入日 年 月 日

本人署名：

代理人署名：（続柄： ）

造影検査終了後チェック 時 分

チェック者

血圧 / mmHg 脈拍 回/分 前後の変化 有・無 造影後副作用の兆候 有・無