

MRI 検査説明書

ID 番号

氏名

生年月日

性別

科・病棟

発行日

検査予定日時

MRI 検査は、大きな磁石の中で電波を利用して人体の断層画像を撮影、画像診断する検査です。検査自体には痛みを伴いませんが、検査中は大きな音がします。これは、電波信号を検出するための音ですので心配いりません。

MRI 室に持ち込めないものがありますので、身につけている金属類などは検査前には取り外していただきます。なお、検査当日は該当品をできるだけ装着、または持参しないで来院してくださるようお願いいたします。(詳しくはこの説明書の最後をご覧ください)

以下、検査についての注意事項を説明させていただきますので、よくお読みください。
なお、検査に関してご不明な点などございましたら、お気軽に主治医もしくは検査を担当する医師、診療放射線技師、看護師へおたずねください。

1. 当日は、検査予定時間の 15 分前までに総合受付を済ませて、放射線室受付までお越しください。
なお、ご都合により予定時間に来院できない場合は出来るだけ早めに病院へご連絡ください。
2. 標準的な検査時間は 30 分から 45 分程度です。お手洗いは事前に済ませておいてください。
3. この検査は磁力と電波を使用しますので心臓ペースメーカーを使用している方は検査できません。また、心臓弁置換術や脳動脈瘤の金属クリップ、整形外科等で使用される金属固定具などの
中も検査ができないものがありますので、該当する方はあらかじめ主治医に申し出てください。
4. 妊娠中の方や妊娠の可能性がある方は、主治医にお申し出ください。
5. 腹部を検査される方は、検査前 3 時間程度、絶飲・絶食にしてください。それ以外の部位を検査する方は、普通に飲食をしていただいて結構です。
6. 検査中に息を止めて撮影を行うことがあります。息を止めるタイミング等は、音声にてご案内いたします。(検査直前に担当者が詳しく説明します) なお、耳がご不自由な方、息止めが難しい方は検査時にお申し出ください。

7. 必要に応じて「造影剤」というお薬を注射して検査する場合があります。造影剤は一般的に安全な薬剤とされていますが、他の薬剤と同様に、人によってはまれに重篤な副作用を起こすことがあります。万一、副作用が出現した場合はただちに主治医等が対応しますので、安心して検査を受けて下さい。なお、造影剤を用いる場合は、事前に造影検査の説明を受けていただき、安全性を確認するために、アレルギー疾患の有無や造影検査での副作用の有無などの問診にお答えいただいた上で、検査にご同意いただくこととしております。
8. 体を動かすと十分な検査ができないことがありますので、検査中はできるだけ体を動かさないでください。なお、お体の具合により検査中安静が保てないおそれがある場合は、事前にお申し出ください。
9. 予約時間どおりに検査できるよう努めておりますが、緊急の検査や装置の事情等により、検査が遅れたり、順番が入れ替わったりすることがありますので、あらかじめご了承ください。

【MRI室に持ち込めないもの】

MRI 検査は、強い磁力と電波を使用します。以下に記載した物を検査室に持ち込んだ場合、強い磁力に引っ張られて物が飛んだりするなど大変危険です。また、検査結果に悪影響を及ぼしたり、装置の故障を招いたりすることもあり、さらに磁気メディアや時計、携帯電話などの精密機器は、大切なデータが消失してしまったり、正常に動作しなくなったりします。

以下にご案内するもの（一例です）については、検査前に必ず取り外してください。

<u>金属類</u>	時計、めがね、かぎ、ライター、ヘアピン、 磁石に付く指輪・ネックレス・ピアス、お金、衣服のチャック・ホックなど
<u>磁気メディア</u>	病院の診察券、キャッシュカード、クレジットカード、テレホンカード、 定期券、フロッピーディスク、磁石を使った健康器具など
<u>その他</u>	磁力で固定する義歯、その他取り外しが可能な義歯、補聴器、使い捨てカイロ、 携帯電話、ポケットベル、杖（松葉杖を含む）、コルセットなど
このほか、化粧品の中にはその製品素材として「鉄分」を含むものがあります。これらも検査結果に悪影響を及ぼすおそれがありますので、ラメ入りの化粧品、つけまつげ、マスカラ等はお控えください。 ここに記載したものは一例ですので、ご不明な点などありましたら検査前にスタッフへおたずねください。	

【ご質問・連絡先】

長野県立信州医療センター 026—245—1650（代表）

〈受診されている診療科の外来または放射線科へお願いします〉

ID		氏名		診療科	
検査日時				体重	

MRI 検査前確認事項（体内金属・機械など）

1～8の項目に○印を付け、問題なければ依頼医、確認者および患者の署名をお願いします。

（申込み当日の状況を記入してください）

2～7の項目において、ありに該当した場合、次頁参照の上、患者への説明、承諾をお願いします。

1. MRI絶対禁忌の体内金属・電子機械類	あり	なし
- 心臓ペースメーカー - 強磁性体脳動脈瘤クリップ - 神経刺激装置 - 植込み除細動器 - 体内リード線 - 脊髄刺激装置 - 一時ペーシングワイヤー - 強磁性体Zステント - 骨成長刺激装置 - スワンガンツカテーテル - 人工内耳 - など		
2. 医療行為による体内金属・機械など	あり	なし
- 血管内ステントやコイル - 植込み型心電用データレコーダー - 脳動脈瘤クリップ - 胆管や消化管や気管などのステント - 金属性人工心臓弁 - 人工関節 - IVCフィルター - など		
3. 一時的な体内留置金属、機器など	あり	なし
- 消化管止血クリップ - 金属フィクサーつきトリプルルーメンカテーテル - イレウスチューブ - 温度センサーつきバルーンカテーテル - 金属つき経腸栄養EDチューブ - ハローベスト - など		
4. 外傷による体内金属異物（鉄片、銃弾破片など）	あり	なし
5. 磁石を利用した義歯〔取り外し不可〕	あり	なし
6. 刺青（イレズミ：体幹、四肢、眉、眼瞼など）	あり	なし
7. 女性のみ：妊娠・妊娠の可能性	あり	なし
8. 閉所恐怖症	あり	なし

申し送り事項

○上記1～8について、確認しました。MRI 検査を行ってください。

記入確認日 年 月 日

問診確認者

医師名

※ 問診票記入、確認時から3カ月以上経過しておりますが、記載に変更点はありません。

（3カ月経過していない場合は医師名の記入は不要です。）

医師名

MRI 検査同意書

○上記記載事項に、間違いありません。

MRI 検査を受けることに同意します。（同意された後でも、いつでも撤回することができます。）

署名 患者氏名

代理人氏名

続柄〔

☐ 患者本人が筆記できないため
確認者が筆記しました。

〕

◎こちらの用紙は、検査前確認事項に該当しなかった場合、記入・提出不要です。

MRI 実施承諾確認事項

該当項目に☑の上、患者への説明、検査実施の承諾を得てください。

(2～4該当の場合、部位、機器名等の記入をお願いします)

- ☐ 2. 医療行為による体内金属・機械など
☐ 3. 一時的な体内留置金属、機器など
☐ 4. 外傷による体内金属異物(鉄片、銃弾破片など)
- { _____ } があります。

- ・別紙参照の上、MRI検査が可能であるか確認してください。
- ・撮影部位によっては、アーチファクトにより、満足な画像が得られない場合があります。
- ・頭蓋内、眼窩内に金属片(磁性体)がある場合、磁場の影響で金属片が引き寄せられ、脳出血や失明の原因になることがあります。

☐ 5. 磁石を利用した義歯(取り外し不可)

- ・検査により磁力の低下や緩み、変形を起こす可能性があります。

☐ 6. 刺青(イレズミ;体幹、四肢、眉、眼瞼など)

- ・検査中に検査中に熱傷を起こす可能性があります。
また、絵が崩れる、変色する可能性があります。

☐ 7. 女性のみ:妊娠・妊娠の可能性

- ・胎児に対するMRI検査の安全性は確立されていません。
特に妊娠初期(妊娠期間の最初1/3)は注意が必要です。

・その他 { _____ }
年 月 日

説明医師(署名または記名押印) _____ 印

看護師(署名または記名押印) _____ 印

MRI 実施承諾書

検査予定日時 _____ 年 月 日 時 分 ~

検査項目 _____

上記、予定のMRI検査の目的、必要性の説明を受けました。

- ・その内容は {
 ☐ よく理解できました。 その上で {
 ☐ 納得し同意します。
 ☐ 同意しません。
 ☐ 十分には理解できませんでした。 その上で {
 ☐ 再度説明を希望します。
 ☐ 同意しません。
・その他 _____
年 月 日

患者氏名(署名または記名押印) _____ 印

親権者、代理人氏名(署名または記名押印) _____ 印

説明を受けた親族等の氏名(署名または記名押印) _____ 印

(参考) MRI 使用制限リスト

		通常安全である金属部品	禁忌である金属部品
脳神経外科用	動脈瘤クリップ コイル シャントチューブ 埋め込み式電気刺激 頭蓋骨固定	杉田、ヤシャギヤル プラチナ (GDC) チタン合金	ヤシャギヤル (ステンレス製) (メドス、ソファにおいては確認) 脳、脊髄電気刺激療法用パルスジェネレーター ステンレス使用は不可
耳鼻科用	人口内耳	MEDEL 社製はメーカー連絡の上可能	他社不可 (手術で磁石を取出せば可)
歯科用		歯科用磁性アタッチメント プレート (各種) チタン	
眼科用	義眼、台	ポリメチルメタクリート (金属ではない)	マグネット
整形用	スクリュー プレート 脊椎 ロッド 関節 靱帯、骨結合ステーブル 脛内釘 各部位骨節用固定	チタン合金 チタン合金 チタン合金 チタン、コバルト・クロム合金 コバルト、クロム合金 (アーチファクト強い) チタン合金 チタン合金	ステンレス使用は不可 ステンレス使用は不可 ハローベスト (チタンでも不可) ステンレス使用は不可 ステンレス使用は不可 ステンレス使用は不可 ステンレス使用は不可
心臓系	器械弁 人口弁 胸骨ワイヤー	チタン合金・グラファイト 製品によって異なるため注意が必要 チタン合金・316L ステンレススチール	1970 年以前のは留意 ペースメーカー 除細動器 心外膜ペースワイヤー スワンガングカテーテルのリード線・心筋リード線 エコーガイド針・真皮浸透判創膏エコーガイド
血管系	ステント フィルター (静脈フィルター) 血管系フィルター 人工血管	タンタルリウム、ナイチノール チタン、エルジロイ、ナイチノール ポリエステル、ゴアテックス、ニット	SUS316L、SUS304 ステンレススチールは注意 ステンレススチール製は注意 (Greenfield フィルター Boston)
腹部系	コイル 胆管ステント 頸動脈血管クランプ 血管吻合クリップ ポート	プラチナ、ダイヤモンド タンタル、チタン ヘモクリップ (チタン、タンタル) チタン合金	SUS304 ステンレススチール製 (COOK MWCE ステンレス) は注意 Poppen Blaylock の製品 (資料無し)
骨盤系	リング	プラスチック	IUD (大田リング、銅使用)
その他		基本的にチタン・プラスチックは可 製品ごとに確認すること	基本的に磁性体金属は不可 製品ごとに確認すること

造影剤を用いる MRI 検査を受けられる方へ（同意書）

ID

患者氏名

様

今回実施する MRI 検査は”造影剤“という薬剤を血管（静脈）内に注射して行います。造影剤を使用しなくても MRI 検査は行えますが、造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確にとらえ、診断・治療をしやすくすることができます。造影剤は、基本的には安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用は以下のようなものです。

1) 軽い副作用：吐き気・嘔吐・頭痛・発疹などで、基本的には治療を要しません。

このような副作用の起こる確率は、約 4,000 人につき 20 人程度、つまり 0.5%程度です。

2) 重い副作用：呼吸困難・意識障害・痙攣などですが、海外での報告であり、国内での発生がないため発生確率は不明となっています。

このように、副作用の発生する確率は非常にまれですが、決して 100%安全な検査ではないことをご承知ください。

造影剤を注射する時に、まれに血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みを伴うこともあります。基本的には手動で注射するため、多量にもれることはなく、時間がたてば、吸収されるので心配はありません。

当院では造影検査中は担当者が常に観察しており、何か異常が現れた場合には造影検査を中止し、最善の対応・対処を行っています。もし何か変だと感じたら、すぐにおっしゃってください。

さらに、検査をできるだけ安全確実に行うために、別紙検査事前問診票へ記入をお願いいたします。

なお、医療の過程で偶発症など好ましくない結果が発生した場合は最善の対処をいたしますが、それに伴う費用は保険診療の一貫としてご負担頂くことになります

以上を説明致しました。担当医以外の医師の考え（セカンドオピニオン）を希望される方は申し出て下さい。

年 月 日

説明医師（署名または記名押印） _____ 印

看護師（署名または記名押印） _____ 印

以上の説明を受けました。

・その内容は { ☐よく理解できました。 その上で { ☐納得し同意します。
☐同意しません。
☐十分には理解できませんでした。 その上で { ☐再度説明を希望します。
☐同意しません。

・その他

年 月 日

患者氏名（署名または記名押印） _____ 印

親権者、代理人氏名（署名または記名押印） _____ 印

説明を受けた親族等の氏名（署名または記名押印） _____ 印

患者との続柄（ ）

長野県立信州医療センター 院長 様

平成 21 年 9 月 1 日作成
平成 29 年 2 月 1 日改正

患者 I D		診療科	
氏名	様	検査日時	
生年月日		体重	k g

1. 造影剤を使用して検査を受けたことはありますか。

① ない ② ある (・ C T ・ M R I ・ カテーテル検査) ③ わからない

2. 造影剤を使用した時、帰宅後も含め何か異常はありましたか。

① ない ② ある（・吐き気 ・嘔吐 ・発疹 ・かゆみ ・その他（ ））

3. ガドリニウムに対する過敏症があるといわれたことがありますか。

① ない ② ある ③ わからない

4. アレルギー（皮膚炎、花粉症、薬、食べ物など）はありますか。

① ない ② ある（症状など：_____）

5. 気管支喘息と診断されたことはありますか。

① ない ② ある（・治療中 ・治療していない）

6. 肝臓・腎臓の病気と診断されたことはありますか。

① ない ② ある (病名: _____)

7. 現在、妊娠、または授乳をしていますか。(女性の方のみお答えください)

① いいえ ② 妊娠中（または可能性がある） ③ 授乳中

※ご不明な点がございましたら、お近くの看護師にお訪ね下さい。

記入確認日 年 月 日 問診確認者サイン

申し送り事項（下記事項に記入または○をして下さい。）

上肢の手術・シャント	みぎ・ひだり	その他 特記事項	
乳房の手術	みぎ・ひだり		

◎ 項目2～7のうち該当項目がありますが、検査を実施してください。

(該当項目がない場合は医師名の記入は不要です。)

醫師名

※ 問診票記入、確認時から3カ月以上経過しておりますが、記載に変更点はありません。

(3 カ月経過していない場合は医師名の記入は不要です。)

醫師名

検査時の状態

血压	前	/ mmHg	後	/ mmHg
脈拍		回/分		回/分

注入量	
マグネシウム	m l
生食水	m l

食事確認者サイン

実施者サイン