

MRI検査依頼票

撮影日時	年 月 日 時 分頃			
紹介医	病院 医院 クリニック		科・Dr	
患者氏名	連絡先(TEL): ふりがな		男・女	身長 cm
生年月日	M・T・S・H	年 月 日	殿	体重 kg
電話	自宅	局	—	
	(連絡先)	局	—	
装置の故障・修理等により撮影できない場合、直接連絡させていただきますのでご記入ください				
ご依頼理由(主な症状・病歴など)			*MRI結果は専門医が読影し 文書にて郵送いたします。	
撮影部位 ○印をお付けください	1) 頭部 2) 頸部 3) 脊椎・脊髄 (頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎) 4) 胸部 (乳房 ・ 縦隔) 5) 腹部 (肝 ・ 胆 ・ 膵 ・ 腎) 6) MRCP 7) 骨盤 (子宮 ・ 卵巣 ・ 前立腺 ・ 膀胱) 8) 右 ・ 左上肢 (肩 ・ 上腕 ・ 肘 ・ 前腕 ・ 手関節) 9) 右 ・ 左下肢 (股関節 ・ 大腿 ・ 膝 ・ 下腿 ・ 足関節) 10) その他 ()			
造影剤の有無	無 ・ 有		*造影剤検査希望の場合、事前にお問い合わせください。	

【体内金属物等MRI検査時の危険性に関する確認】

注意:「MRI検査を受けられる方へ」の禁止事項・注意事項を必ずご確認ください。

体内挿入物がある場合、素材を確認し、MRI撮影可能かどうかを確認の上、下記コメント欄にチェックをお願いします。

体内挿入物の素材が確認できない場合、検査が遅れたり、やむ迫えずお断りすることがあります。

体内金属物・心臓ペースメーカー・人工内耳・インプラント・刺青等、MRI検査における危険性の有無	MRI撮影の指示コメント
無 ・ 有 (種類:)	□危険性を説明した上で、本人の了承を確認していますので撮影を依頼します。

※15歳以下の小児患者様の撮影は基本的にお断りしています。必ず事前にお問い合わせください。

恐れ入りますが必要事項をご記入の上、FAXにてお送りください。

原本は当日当院にご持参いただくように患者様にお渡しください。

平和病院MRI担当 電話 045-571-5584

*ご予約対応可能時間:平日9-19時、土9-12時(17-19時は救急対応が優先となり、お電話が繋がりにくい場合がございます。)

MRI検査に関する説明書

MRI検査とは？

MRIとは、磁気共鳴画像の略です。エックス線は使用せず、強い磁石と電磁波を使って体内の状態を断面像として描写する検査です。特に脳や脊椎、四肢、子宮・卵巣・前立腺といった骨盤内に生じた病変に関して優れた検査能力を持っています。

長いトンネルの中で、工事現場のような様々な機械音を出しながら断片的に撮影をおこないます。正確な画像を得るために、出来るだけ体を動かさないようにしてください。

検査時間は撮影部位によって異なりますが、20～30分程度です。(心臓検査の場合は約60分です。)

MRI検査を受けるにあたって事前の注意事項

※心臓ペースメーカーを使用している方は検査を受けられません。

次のような方は検査前にお知らせください。

- (1) 脳動脈瘤手術・人工関節等体内に金属のある方(検査可能な場合があります)。
- (2) 妊娠もしくは、可能性のある方。授乳中の方。
- (3) 閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方。
- (4) 気管支喘息(現在治療・服薬)の方。薬剤その他のアレルギーのある方。
- (5) 検査時間は20～30分ほどかかります(検査内容によっては1時間ほど要することがあります)。
- (6) 服用中のお薬については、医師からの指示がない限り通常どおり服用してください。

検査当日のお食事やお薬

◆腹部(肝臓・膵臓・胆のうなど)の検査の方は、検査の3時間前より絶飲食してください。

前夜からの絶食は必要ありません。

◆腹部以外の検査の方は、お食事の制限はありません。

◆常用薬はいつも通り服用・貼用してください。

◆糖尿病の方は、当日のお食事・お薬について主治医にご相談ください。

検査室に入る前の準備と注意点

◆次のような金属類は、更衣室のロッカーにしまってください。

- 時計、携帯電話、補聴器、磁気カード(駐車券、銀行カード、クレジットカードなど)
*壊れたり、使用できなくなったりする場合があります。
- ヘアピン、アクセサリ(ネックレス、ピアス、指輪など)
- その他の金属を含むもの(はずせる入れ歯、エレキバン、使い捨てカイロ、眼鏡、かつら、金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど)

その他の注意点

◆以下のものは、含まれる成分によっては発熱し、眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります。

・**カラーコンタクトレンズ**

・アイメイク(アイシャドー、マスカラなど)

・刺青(イレズミ：背中、胸、まゆげ、まぶたなど)：検査中、熱感などの異常を感じたらブザーでお知らせください。

◆磁石を利用した義歯は、MRI検査後に磁力が低下する場合があります。

検査当日は、つけずに来院してください。

検査中の注意点

検査中はブザーをお渡しします。気分が悪くなったときなどはブザーを握ってお知らせください。

MRI検査後の注意事項

MRI検査後は特に制限はありません。普段通りの生活を送ってください。

MRI検査問診票・検査同意書

安全に検査を実施する為に以下の質問にお答え下さい（ □に印を付けて下さい ）

1. 心臓ペースメーカーを装着していますか？

□なし □あり

2. 人工内耳・人工中耳の手術を行っていますか？

□なし □あり

3. 手術や針治療、外傷などで身体の中に金属が入っていますか？

□なし □あり

※ありの方に質問いたします。いつ頃()身体の中のどの部分()

金属：手術クリップ、人工骨頭、人工関節、心臓人工弁、ステント、塞栓用、コイル、義眼、避妊用金属リング、おき針、その他()不明

4. 入れ歯(義歯)、磁気インプラント等(はずせない入れ歯)をしていますか？

□なし □あり

5. 閉所恐怖症(狭いところが苦手)ですか？

□いいえ □はい

6. 妊娠(可能性がある場合も含む)していますか？

□いいえ □はい

7. 刺青(いれずみ)をしていますか？

□なし □あり

8. 検査時間中、体を動かさないようにしていただけますか？

□いいえ □はい

9. 現在の身長と体重を教えてください。

身長() cm) 体重() kg)

・以下のものは検査に影響したり故障したりする恐れがありますので、検査前に必ず取り外してください。

ピアス、コンタクトレンズ、補聴器、眼鏡、時計、財布、磁気カード類、入れ歯、指輪などの貴金属(装飾品)、携帯電話、エレキバン、カイロ、コルセット、義肢、ベルト、アイシャドウ、マスクラ、貼り薬(ニトロダーム、ニコチネルなど)、パソコンなどの精密機械

・MRI室内に上記の様な金属製装身具等を持ち込む事は危険を伴う場合がありますので、身体の安全の為に原則金属の無い肌着のみになって頂いて検査着に着替えて入室して頂きます。

・金属加工業(板金・旋盤など)・交通事故などの外傷の経験のある方は、注意が必要です。

◆費用は、3割負担の方で7千円程、造影検査の方は、1万1千円～1万5千円程になります。(概算)

MRI検査の結果は専門医が読影し、紹介の方は文書で紹介元医療機関にご返送いたします。

当院のお会計には読影料、診療情報提供料が含まれます。

【MRI検査に関する同意書】

平和病院院長殿

私はMRI検査に関する説明書を読み、必要性・安全性について理解し、検査を受けることに同意します。
(検査を受けることを同意された方は日付とご署名をお願いいたします。検査を受ける方が未成年の場合、及び、付き添いが必要な方は、ご家族や代理の方がご署名をお願いいたします。)

記入日： 年 月 日

患者番号 患者氏名 印

代理人 印(続柄：)

* 問診の結果によっては、患者様の安全性を考え検査を中止することがあります。

* 検査当日はこちらのMRI検査問診票・検査同意書を記入の上、ご持参下さい。

MRI検査における造影剤使用に関する説明書

検査当日、あなたが受ける検査では、造影剤という検査薬を使用いたします。

造影剤を用いることにより、病気の状態がより正確に把握でき、今後の治療に役立てることが出来ます。

安全な薬ですが、まれに副作用を生じることがありますので、以下の項目をよくお読みになった後に、ご不明な点を主治医に質問し、納得されましたら同意書に署名をお願いいたします。

1、造影剤とは？

詳しい画像情報を得るための検査用薬剤です。

通常、静脈注射で行います。MRI用の造影剤は、ガドリニウム製剤です。

2、造影剤で副作用が生じる危険が高い状態

MRI用の造影剤の場合、アレルギー体質や気管支喘息の方は副作用を生じる可能性が2倍高いと言われています。

また、以前に造影剤で具合が悪くなった方も副作用が生じる可能性が高いと言われています。

重い腎臓病のある方は、造影剤の排出が遅れ、体内に長く残る可能性があります。

次に該当する方は、造影検査の前に主治医とご相談ください。

- ①以前にMRI用またはCT用造影剤で具合が悪くなったことがある。
- ②気管支喘息（小児喘息）やアレルギー体質と診断されている、または診断されたことがある。
- ③重い腎臓の機能低下がある、あるいは腎臓の病気があると診断されている。
- ④妊娠中である、若しくは妊娠の可能性がある。（胎児への影響がわかっていないため）
- ⑤授乳中である。（造影剤使用後48時間は、授乳を避けてください。）

3、造影剤の副作用

MRI用造影剤（ガドリニウム製剤）の副作用には次のようなものがあります。

- 1) 軽い副作用（約100人に1人程度 : 1%程度）
嘔気、嘔吐、熱感、動悸、頭痛、かゆみ、発疹など。基本的には治療を要しません。
- 2) 重い副作用（約1万人に5人程度 : 0.05%程度）
呼吸困難、血圧低下、意識障害など。通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。
- 3) 他の薬剤と同様に、ごく稀に死亡例の報告がありますが、当院ではそのような事例はありません。
（約100万人に1人程度 : 0.0001%）

*なお、勢いよく造影剤を注入する場合、血管外に造影剤がもれる場合があります。この場合、注射部位が腫れて、痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば吸収されますので、心配は要りません。もれた量が非常に多い場合には、別の処置を要することもあります。非常に稀なケースです。

4、検査前の絶食について

造影検査を行うに当たり、**検査前3時間以内の食事はお控えください。**また、水分においては、水やお茶類は構いませんが、牛乳などの乳製品飲料はおやめください。

5、検査予約時の注意点

- * 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）にガドリニウム造影剤を使用し、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、関節拘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、予約の時に必ず主治医にお申し出ください。**また、腎臓病の有無、透析を受けているかどうかについては問診票にも、もれのないように記入してください。
- * 今までにMRIガドリニウム系造影剤で副作用の起こった方は、原則としてこの造影剤は使用できません。もし造影剤副作用歴があれば、造影剤の種類を確認する必要があります。**検査予約時に必ず主治医にお知らせください。【造影剤副作用カード】をお持ちの方はご提示ください。**
- * **ぜんそくの方も副作用のリスクが高いため、予約時に必ず主治医にお申し出ください。**
- * 授乳中の方は、この造影剤注射後24時間は授乳を中止する必要があります。
- * 【造影剤副作用カード】をお持ちの方は、この冊子と一緒に受付にご掲示ください。
- * **妊娠中の方、妊娠の可能性のある方は、主治医にご相談ください。**

6、検査後の注意点

- * 検査後は普段通りの生活を送ってください。

- * 造影検査を行った患者様は、水分を多めに摂ってください。造影剤はほとんどが尿と一緒に排泄されます。
- * 授乳中の方で造影検査をされた方は、検査後の48時間は授乳を避けてください。
- * 不快な症状(じんましんや吐き気、身体のむくみ、のどがイガイガする等)を感じましたら下記へご連絡ください。

7、緊急時の対応

検査中は、MRI検査室には常に看護師と放射線技師や検査技師がおり、万が一副作用などが生じた場合には院内の医師が迅速に対応いたします。

また、検査終了後数時間～数日後に先ほど述べたような症状や、何らかの異常が現れた場合には、下記までご連絡ください。

平和病院 電話 045-571-5584(MRI室担当)
* 時間外・休日の場合は救急外来で対応いたします。

造影MRI検査に関する問診票・検査同意書

安全に検査を実施する為に以下の質問にお答え下さい（ □に印を付けて下さい ）

1. 今までに造影剤を用いた検査を受けた事がありますか？
□なし □あり（ □CT □MR □腎臓・尿路造影 □胆嚢造影 □血管造影 □その他 ）
※ありの方に質問いたします。その時、副作用はありましたか？
□なし □あり（ □発疹 □吐き気 □嘔吐 □その他「 」 ）
2. 今までに喘息と言われた事がありますか？
□なし □あり
3. アレルギー体質やアレルギー性の病気はありますか？
□なし □あり（ □じんま疹 □アレルギー性鼻炎 □アトピー性皮膚炎 □食物アレルギー ）
□薬のアレルギー「 」 □その他「 」
4. 今までに、腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)と言われた事がありますか？
□なし □あり
5. 貧血もしくは出血傾向が強いため、現在治療をされていますか？
□なし □あり()
6. 現在妊娠中、または授乳中ですか？
□いいえ □はい

* 腎機能が悪い場合には造影検査ができないこともあります。その場合は単純MRI検査のみを行います。

造影剤を使用するMRI検査に関する同意書

(説明内容は別紙「MRI検査における造影剤使用に関する説明書」参照)

平和病院院長

説明医師 _____ 検査予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は造影剤使用に関して「造影剤を使用する検査に関する説明書」に基づき十分な説明を受け、予定されている造影剤を使用する検査について理解できましたので、造影検査を実施することに同意いたします。

記入日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者番号 _____ 患者氏名 _____ 印

代理人 _____ 印（続柄： _____）

* 造影MRI検査の場合、初めに単純MRI検査を行い比較します。MRI検査同意書もご記入ください。