造影 MRI検査

頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・MRCP・(　　　)椎・その他

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

検査日時　　　　年　　　月　　　日(　　　曜日)　　　　　時　　　分　予定

MRI検査について

検査部位にコイルと呼ばれる器具を装着し、強い磁場を有する狭いトンネル状の装置に入り、身体の内部を画像化する検査で、放射線による被ばくはありません。

強い磁場が発生するため体内および体外の金属や電子機器がある場合は、破損や誤作動を起こす場合がありますので主治医に相談の上、同意書に記入してください。
体内に金属がある場合、画像のゆがみにより十分な検査が出来ないことがあります。
検査中、大きな音がするため、ヘッドホンまたは耳栓を使用することがあります。
検査時間は 20 分～30 分です。(内容、部位によって多少異なります。)

造影検査について

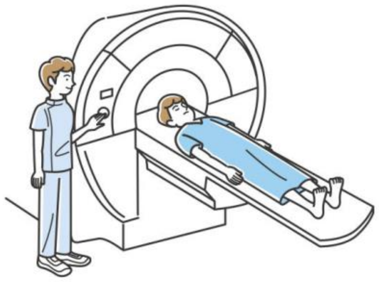
気管支喘息の既往のある方、過去に造影剤で副作用のあった方、重篤な肝障害や腎障害のある方は副作用の危険性が高まるため、造影剤の使用は原則禁忌です。
必ず前もって依頼医にご相談ください。その他副作用、禁忌事項にいては別紙の説明書をご参照下さい。

～前処置について～

☑ 検査日の[**朝食** ・ **昼食**]は**食べない**で下さい。
☑ 膀胱 MRI を受けられる方は、検査前 1 時間排尿しないでください。

☑ **MRCP 検査の方**

検査日の[**朝食** ・ **昼食**]は**食べない**で下さい。
検査開始 2 時間前より**水分**(水・お茶・ジュース類すべて)を**摂取しない**で下さい。
お薬を服用するお水は少量なら問題ありません。
検査の前にコップ 1 杯(250cc)の飲み薬を飲んで頂きます。



MRI 検査の流れについて右の QR コードを
読み取っていただくとご視聴できます。
(日本放射線技師会 HP：https://www.jart.jp/general/explainervideo.html)

◇ **体内金属について**

- ・心臓ペースメーカー：**循環器内科への紹介が必要です。**
- ・圧可変式シャントバルブ：**脳神経外科への紹介が必要です。**
- ・歯科矯正具・歯科インプラント：歯科治療を行われた医師に、可否の確認をお願いします。
- ・植込型補聴器・人工内耳：検査できません。
- ・脳動脈クリップ
- ・人工心臓弁

（脳動脈クリップ・人工心臓弁）手術を受けた医療機関に、可否の確認をお願いします。

◇ **体外金属について**

検査当日はなるべく金属がない服装でご来院ください。
金属のある衣服は、検査前に更衣室にて所定の検査着に着替えていただきます。

☆ 次に該当するものは、検査に影響を及ぼすため検査室内には持ち込めません

- ・金属類：義歯・補聴器・時計・眼鏡・鍵・アクセサリー類・使い捨てカイロなど。
- ・化粧：アイシャドー・アイライン・マスカラは落としていただく場合があります。
- ・コンタクトレンズ：カラー又はディファインの場合は容器を持参し、検査前に外してください。通常のコンタクトレンズの場合は検査可能です。
- ・ネイル：発熱、発火、変色、装置の故障、画像不良の原因となる可能性があります。つけずに来院してください。**除去していない場合は検査不可です。**
- ・増毛パウダー：つけずに来院してください。**除去していない場合は検査不可です。**
- ・その他：ウィッグ・リブレ・貼り薬などは検査前に外していただきます。

◇ 事前に主治医へお伝え下さい

- ・刺青・アートメイクなど、除去できないもの
- ・妊娠中・妊娠の可能性がある方

◇ 検査料は、3割負担の方で約１万円～１万5千円となります。
◇ 介助の必要な方、お子様は付き添い同伴でおいでください。
◇ 検査は予約制になっています。当日都合が悪くなった場合は必ず病院へご連絡ください。
◇ 検査当日は、2階あったかサポートセンターにて予約確認を行い、受付票と同意書・質問票を持参して3階放射線診断科受付にお越しください。

その他不明な点がありましたら、お問い合わせください
連絡先　日本生命病院（放射線診断・IVR 科）
TEL　06-644-33-446
〔 月曜～金曜　8:30～17:00 〕

MRI検査問診票兼検査実施 同意書

（検査当日 医療機関へ提出）

○ 以下の質問が“はい”に該当する方は、あらかじめ主治医とご相談ください。

- 心臓ペースメーカーを装着されていますか （いいえ ・ はい）
- 埋込型補聴器・人工内耳を装着されていますか （いいえ ・ はい）
- 圧可変式シャントバルブを装着されていますか （いいえ ・ はい）

○ MRI を安全に行うために、以下のような医療用の金属・機器・人工物はありますか。

- 脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁 （いいえ ・ はい）
  →はいの方は、いつ手術されましたか（　　　　年頃）
- 歯科矯正具、歯科インプラント （いいえ ・ はい）
  →はいの方は、歯科治療を行われた医師に確認をしてください
- ネイル（手・足） （いいえ ・ はい）
  →はいの方は、安全上の理由により検査できません。外して来院して下さい。
- 閉所恐怖症はありますか （いいえ ・ はい）
- 妊娠中・妊娠の可能性がありますか （いいえ ・ はい）

○ 検査直前に以下のものを身に付けていれば、○で囲んでください。

補聴器　カラーコンタクト　入れ歯　人工関節　避妊リング　貼り薬　カイロ
刺青　アートメイク　尿道バルーンカテーテル　ウィッグ・増毛パウダー　義（眼・手・足）
血糖値測定器（リブレ）　置き針　乳房エキスパンダー　植え込み型心電図モニタ（ICM）

※上記以外の金属・人工物があればご記入ください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・・・・・・・・・・・ 検査実施同意書 ・・・・・・・・・・・

日本生命病院 院長 殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日　　　年　　月　　日

説明医師 ______________________

MRI 検査に関する概要と禁止事項の説明を受け、理解ができましたので MRI 検査を受けることに同意します。

同意年月日（必ず記入してください）

　　　年　　月　　日

本　　人 ______________________ □本人自筆困難の為代筆

家族・代理人等 ______________________

身長（　　　　cm）

体重（　　　　kg）

（本人との関係） ______________________

MRI造影剤の使用における副作用の説明

☑ ① 通常の造影MRI検査（ガドリニウム製剤）の副作用

・ 軽い副作用として吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などがみられます。頻度は 1%程度です。

・ 重い副作用として血圧低下、呼吸困難、意識障害、痙攣、ショックなどがあります。頻度は 0.05%以下ですが治療のため入院が必要になる場合や後遺症が残る可能性があります。

・ 非常にまれですが約 100 万人に 1 人の頻度で死亡する可能性があります。

・ 副作用は 30 分以内におこることが多いですがまれに遅れて生じることがあります。

・ 喘息の方は副作用の確率が 10 倍高くなるとされています。また、アレルギー体質の方も副作用の危険が高くなる可能性があります。

・ 腎機能が低下している場合は腎性全身性線維症（NSF）を発症し、皮膚や皮下組織の硬化が起こる場合や、臓器が線維化して重篤な場合は死にいたる可能性があります。

☑ ② 肝リゾビストMRI検査（超常磁性酸化鉄剤リゾビスト）の副作用

・ 造影剤が皮下に漏れた場合、皮膚に色素沈着をおこす可能性があります。

・ 軽い副作用として背部痛、腰痛、熱感、血圧上昇、悪寒、発疹、鼻出血がみられます。
頻度は 1%以下です。

・ 極めてまれですが重い副作用として呼吸困難、血圧低下、ショック、中毒性表皮壊死融解症などがみられます。これらの副作用には治療のため入院が必要になる場合や後遺症が残る可能性があります。

・ 鉄過剰症（ヘモクロマトーシスなど）の方は、症状が悪化する可能性があります。

・ 鉄剤過敏症、造影剤の副作用歴がある場合には副作用の発現の危険性が高くなります。

MRI造影剤使用 同意書・承諾書

（検査当日 医療機関へ提出）

（①ガドリニウム製剤　②超常磁性酸化鉄造影剤リゾビスト）

MRI検査には、造影剤を用いないで行うMRI検査と造影剤を静脈内に注射しながら行う造影MRI検査があります。造影剤の必要性については、脳、肝臓、膵臓、腎臓などの目的の臓器や症状によって判断します。

造影剤にはまれですが死亡を含む副作用があります。

※以下の方は原則として造影MRI検査を受けられません。

1. 以前に造影剤（MRI造影剤）による副作用があった方。
2. ガドリニウム製剤の場合、気管支喘息の方。
3. 超常磁性酸化鉄造影剤リゾビストの場合、ヘモクロマトーシス（身体の中に鉄分が過剰になった状態）の方。鉄剤過敏症の方。

◇ 造影剤の血管外漏出（注射もれ）について

造影剤を急速に注入する必要があるため自動注入機を使用します。その際に、血管に圧力がかかって血管外漏出（もれ）が起こる事があります。数日は漏れた部位の腫れが大きくなることがありますがほとんどの場合、時間と共に改善します。非常にまれですが重篤例では潰瘍の形成やコンパートメント症候群（組織、血管、神経の壊死や機能障害）などの可能性があり、手術が必要になる場合や後遺症が残る場合があります。

造影MRI検査は病気を正確に診断し、最良の治療方針を決定するためです。内容を理解された上で、造影剤を使用する検査を受けることに同意いただける場合は、下記に署名の上、**検査当日に放射線科受付に提出**してください。なお、家族・代理人の場合は、本人との関係（続柄）とともに記入くださるようお願いいたします。

…………………………………………………………………………

日本生命病院 院長 殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日　　　年　　月　　日

説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI 検査に関する概要と禁止事項の説明を受け、理解ができましたので MRI 検査を受けることに 同意します。

同意年月日（必ず記入してください）

＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

本　　　人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □本人自筆困難の為代筆

家族・代理人等 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人との関係） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI 造影検査 質問票

（検査当日 医療機関へ提出）

記載日　　　年　　月　　日

〔　　　　　　　　　　　　〕様　　　体重（　　　　kg）

＊代筆の場合は、代筆者もご記入して下さい。　代筆者（　　　　　　　　　　）

□にチェックをして下さい。

1）アレルギー体質やアレルギー性の病気についてお答え下さい。

□ ない □ ある　気管支喘息
□ ない □ ある　アトピー性皮膚炎
□ ない □ ある　アレルギー性鼻炎
□ ない □ ある　じんましん
□ ない □ ある　花粉症
□ ない □ ある　かぶれ
□ ない □ ある　薬のアレルギー（薬品名：　　　　　　　　）
□ ない □ ある　食物アレルギー（食　物：　　　　　　　　）

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

2）今までに、造影剤（注射）を用いた検査をされ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
□ MRI 検査 ・□ その他（　　　　　　　　）

＊その時、出現した症状がありましたか。

□ ない □ ある
□ じんましん ・□ くしゃみ ・□ 吐き気 ・□ 嘔吐
□ その他の症状（　　　　　　　　）

3）家族にアレルギー体質の方はありませんか。

□ ない □ ある（続柄：　　　、病名：　　　　　　）

4）現在、透析治療を受けていませんか。

□ 受けていない □ 受けている

5）気管支喘息やアレルギー体質、過去に造影剤で副作用が出た方に質問です。

依頼医に相談しましたか。

□ 相談した □ 相談していない

*相談していない場合、検査が受けられない場合があります。

6）気管支喘息の方に質問です

□ 現在も症状がある □ 治療中で症状はない □ 5 年以上無治療で症状がない

［放射線科看護師記入欄］　　　検査日　　　年　　月　　日

造影剤の種類　ガドビスト ・ プロハンス ・ リゾビスト ・ プリモビスト
その他（　　　　　　　）　使用量（　　　　）CC

副作用の有無　なし ・ あり（じんましん ・ くしゃみ ・ 嘔気 ・ 血圧低下 ・ その他　　　　　）

検査担当医師　　　　　　　　・担当技師　　　　　　　　・担当看護師

MRI検査問診票兼検査実施 同意書

（患者様控え）

○ **以下の質問が"はい"に該当する方は、あらかじめ主治医とご相談ください。**

・ 心臓ペースメーカーを装着されていますか　（いいえ ・ はい）
・ 埋込型補聴器・人工内耳を装着されていますか　（いいえ ・ はい）
・ 圧可変式シャントバルブを装着されていますか　（いいえ ・ はい）

○ **MRI を安全に行うために、以下のような医療用の金属・機器・人工物はありますか。**

・ 脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁　（いいえ ・ はい）
　→はいの方は、いつ手術されましたか（　　　　年頃）
・ 歯科矯正具、歯科インプラント　（いいえ ・ はい）
　→はいの方は、歯科治療を行われた医師に確認をしてください
・ ネイル（手・足）　（いいえ ・ はい）
　→はいの方は、安全上の理由により検査できません。外して来院して下さい。
・ 閉所恐怖症はありますか　（いいえ ・ はい）
・ 妊娠中・妊娠の可能性がありますか　（いいえ ・ はい）

○ **検査直前に以下のものを身に付けていれば、○で囲んでください。**

補聴器　カラーコンタクト　入れ歯　人工関節　避妊リング　貼り薬　カイロ
刺青　アートメイク　尿道バルーンカテーテル　ウィッグ・増毛パウダー　義（眼・手・足）
血糖値測定器（リブレ）　置き針　乳房エキスパンダー　植え込み型心電図モニタ（ICM）

※上記以外の金属・人工物があればご記入ください。

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・・・・・・・・・・・ 検査実施同意書 ・・・・・・・・・・・

日本生命病院 院長 殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日　　　年　　月　　日

説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI 検査に関する概要と禁止事項の説明を受け、理解ができましたので MRI 検査を受けることに同意します。

同意年月日（必ず記入してください）

＿＿＿＿年＿＿月＿＿日

本　　人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □本人自筆困難の為代筆

家族・代理人等 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身長（　　　　cm）
体重（　　　　kg）

（本人との関係） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI造影剤使用 同意書・承諾書

（患者様控え）

（①ガドリニウム製剤　②超常磁性酸化鉄造影剤リゾビスト）

MRI検査には、造影剤を用いないで行うMRI検査と造影剤を静脈内に注射しながら行う造影MRI検査があります。造影剤の必要性については、脳、肝臓、膵臓、腎臓などの目的の臓器や症状によって判断します。

造影剤にはまれですが死亡を含む副作用があります。

※以下の方は原則として造影MRI検査を受けられません。

1. 以前に造影剤（MRI造影剤）による副作用があった方。
2. ガドリニウム製剤の場合、気管支喘息の方。
3. 超常磁性酸化鉄造影剤リゾビストの場合、ヘモクロマトーシス（身体の中に鉄分が過剰になった状態）の方。鉄剤過敏症の方。

◇ 造影剤の血管外漏出（注射もれ）について

造影剤を急速に注入する必要があるため自動注入機を使用します。その際に、血管に圧力がかかって血管外漏出（もれ）が起こる事があります。数日は漏れた部位の腫れが大きくなることがありますがほとんどの場合、時間と共に改善します。非常にまれですが重篤例では潰瘍の形成やコンパートメント症候群（組織、血管、神経の壊死や機能障害）などの可能性があり、手術が必要になる場合や後遺症が残る場合があります。

造影MRI検査は病気を正確に診断し、最良の治療方針を決定するためです。内容を理解された上で、造影剤を使用する検査を受けることに同意いただける場合は、下記に署名の上、**検査当日に放射線科受付に提出**してください。なお、家族・代理人の場合は、本人との関係（続柄）とともに記入くださるようお願いいたします。

・・・

日本生命病院 院長 殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日　　　年　　月　　日

説明医師＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI 検査に関する概要と禁止事項の説明を受け、理解ができましたので MRI 検査を受けることに 同意します。

同意年月日（必ず記入してください）

＿＿＿＿＿＿年　　月　　日

本　　　人 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □本人自筆困難の為代筆

家族・代理人等 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（本人との関係） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿