

MR I (核磁気共鳴断層撮影)検査

検査日は 月 日()曜日 時 分です

15分前までに来院し、再診受付をして下さい
受付後、1階レントゲン受付へお越し下さい

心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 神経刺激装置
人工内耳の入っている方は、MR I 検査を受けられません

また、下記内容にあてはまる方は必ず医師にお伝え下さい

- ・ 閉所恐怖症の可能性のある方
- ・ 現在妊娠中・妊娠の可能性がある方・授乳中の方
- ・ 入れ墨をされている方（アートメイク含む）

- 造影剤検査・上腹部検査（肝臓・膵臓・MRCP・腎臓等）の方は検査時間の6時間前から禁食です
飲水は可能ですが水のみとして下さい
- 糖尿病薬以外の薬は お飲みいただいて結構です
- 骨盤検査（子宮卵巣・前立腺・膀胱・直腸等）の方は検査時間の1時間前より尿をためて下さい
- 今までに体内に金属を入れる手術をした方
頭・心臓・人工骨頭・人工関節・消化管クリップ・歯のインプラント等
必ず手術した病院・医院に、MR I 検査が可能か確認して下さい
- アイシャドウ・アイラインのメイクアップはMRIの画像に影響があるので
落としていただく事もあります
- 下記の物品等は、必ず所定の場所に預けて下さい
これらを装着して検査を行うと機器の故障や画像に影響する事があります

磁気カード類・磁気製品・入れ歯・かつら・ヘアピン・ネックレス・イヤリング
フック、チャック等の金属片・時計・眼鏡・補聴器・指輪・小銭・ライター
シップ・カイロ・エレキバン・カラーコンタクトレンズ・ヒートテック など

不明点については、外来看護師・放射線技師 までお問い合わせ下さい

辻仲病院 柏の葉

04-7137-3737

2019.2.18 放射線科

●確認事項●

1. 造影剤を使用される場合、検査前に腎機能の確認をお願い致します

- ・直近3か月以内の（尿素窒素・クレアチニン・推算 GFR）検査結果を、FAX して頂くか、申込用紙の検査結果欄にご記載下さい。
- ・腎機能異常・アレルギー・甲状腺疾患・喘息 いずれかの項目に該当する場合は、貴院 主治医にて検査の可否をご判断頂いた上でご依頼頂けますよう宜しくお願い申し上げます。
- ・「ヨード造影剤(CT・DIP) 検査説明書」・「カドリニウム造影剤(MRI) 検査説明書」を用い、患者様へご説明を貴院にてお願い致します。
- ・「造影剤を用いる検査同意書」は検査当日、患者様にご持参頂くようご案内をお願い致します。

2. 食事について

- ・造影剤を使用する場合は禁食になります。
- ・腹部撮影（単純）の場合も、造影剤使用に関係なく禁食になりますので、患者様へのご説明をお願い致します。

3. 糖尿病薬について

- ・糖尿病の薬については食止めに合わせて中止するように患者様へご説明をお願い致します。
- ・造影剤を使用する場合に、ビグアナイド系糖尿病薬を服用している場合には、検査前後 48 時間休薬を推奨しておりますので、患者様へのご指導を合わせてお願い致します。

*ビグアナイド系糖尿病薬については、日本放射線学会から発行の資料を同封しておりますので、ご参照下さい。

4. 妊婦の方は検査をお受け頂くことは出来ません。

ガドリニウム造影剤(MRI)検査説明書

今回、症状を正確に診断するため造影剤を用いる検査が必要になりました。造影剤は、静脈注射によって血管内に直接投与する方法で使用され、病気について多くの情報を得ることができます。

< 造影検査による副作用 >

じんましんや気分不快などの軽い副作用	500人に1人くらい
血圧低下などの重い副作用	数万人に1人くらい
死亡にいたる副作用	100万人に1人くらい

これらの副作用に備え、患者さんの状態を十分観察しながら検査を行い異常時には適切な処置をとらせていただきます

- 造影剤注入中は体が熱くなることがありますが、検査終了時にはおさまりますのでご安心下さい
- 投与された造影剤は尿として体外へ排出されます。検査終了後は、水分を多めに摂取し体外排出を促して下さい

造影剤注射後30分以上たってから発疹が出たり気分不快を生じる遅発性アレルギーといわれる副作用があります
帰宅されてから、何かありましたら病院までご連絡下さい

辻仲病院 柏の葉

04-7137-3737

2020.12.2 放射線科

造影剤を用いる検査同意書

※ 記入して放射線科へ持参して下さい

最後に食事をした時間	(:)	
造影剤を使用するのは初めてですか	はい	•	いいえ	
これまでに造影剤アレルギーが出たことがある	はい	•	いいえ	
他の薬や食物でアレルギーが出やすい	はい	•	いいえ	
アルコール消毒でかぶれやすい	はい	•	いいえ	
喘息やじんましん等、アレルギー体質である	はい	•	いいえ	
甲状腺や腎臓等に病気をお持ちの方	はい	•	いいえ	
心臓や肝臓、血液等に重い病気をお持ちの方	はい	•	いいえ	
妊娠、妊娠の可能性ある、授乳中の方	はい	•	いいえ	
糖尿病の薬を飲んでいる	はい	•	いいえ	

(薬品名 :)

造影剤を用いる検査の内容、必要性及び副作用などについて説明しました。

説明医師名 _____

上記内容について医師の説明を受け、検査説明書により内容を十分理解したので検査に同意します。

また、検査中に緊急の処置をする必要が生じた場合は、適宜処置されることについても同意します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

患者ID _____

患者氏名 _____

保護者又は
保証人氏名 _____

患者との続柄 _____

辻仲病院 柏の葉 04-7137-3737

2020.12.2 放射線科