

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は、下記事項をご確認ください。

【造影剤使用の可・否】

①腎機能異常 ②アレルギー ③甲状腺疾患 ④喘息(5年以内)

いずれかの項目に該当される場合は、貴院主治医にて造影剤使用の可・否をご判断いただき、造影剤の使用が可能な場合のみお申し込みください。

【腎機能の確認】

①尿素窒素 ②クレアチニン ③推算 GFR の3点について、直近3ヶ月以内の検査結果を FAX いただくか、または申込書の検査結果欄にご記入下さい。

【検査説明書】

「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」を患者様にお渡しいただき、造影剤を使用した検査について貴院にてご説明下さい。

【検査同意書】

「造影剤を用いる検査同意書」は検査当日ご持参いただくよう患者様にご案内下さい。

2) 食事制限について

- 造影剤を使用される場合・・・禁食
- 腹部撮影(単純)の場合・・・造影剤の使用に関係なく禁食

3) 糖尿病薬について

糖尿病の薬・・・食止めに合わせて中止

※ビグアライド系糖尿病薬剤の服用について下記とおり改定されました。

造影剤投与におけるビグアライド系薬剤服用規定の改定

【従来の規定】 造影剤投与時、ビグアライド系薬剤は、前後 48 時間休薬を要する。

【改定後】 造影剤投与時、ビグアライド系薬剤は、eGFR の値によって以下のとおりとする。

eGFR50以上または緊急の場合	造影剤使用後48時間後まで休薬
eGFR50未満	造影剤使用 <u>前48時間</u> 、使用 <u>後48時間</u> まで休薬

4) 妊婦の方は検査をお受けいただくことはできません。

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

ガドリニウム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 (:)	
身長 (cm)	• 体重 (kg)
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、妊娠の可能性がある、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