

MRI 検査を受けられる方へ

患者氏名

検査日

年

月

日

【MRI とは】

MRI(磁気共鳴画像)とは強い磁石と電波を使って体の内部の状態を画像にする方法です。
いろいろな角度から体の断面の画像を撮影する事が出来ます。

【検査を受けるときの注意】

MRI で使われる磁石や電波は、通常の場合は人体への影響はありません。

ただし、次のような方は MRI 検査を受けられないことがありますので、主治医または検査担当者にあらかじめお知らせ下さい。MRI 検査を受けられない場合は、その他の画像検査を行うことがあります。

- ◇ 心臓ペースメーカーや自動除細動器などを入れている方
- ◇ 人工内耳や可動式の義眼を入れている方
- ◇ 刺激装置などの電子装置を入れている方
- ◇ 金属製の人工心臓弁を入れている方
- ◇ 脳動脈瘤クリップや血管内ステントを入れている方
- ◇ 妊娠あるいは妊娠している可能性のある方
- ◇ 閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方
- ◇ 入れ墨やアートメイクをされている方

【検査前の準備】

安全確保のため下記の物は外していただき、検査室内に持ち込まないようにして下さい。

- ◇ 磁気カード:キャッシュカード、クレジットカード、定期券など
 - ◇ 金属類:時計、メガネ、鍵、ヘアピン、アクセサリ類など
 - ◇ その他:携帯電話、補聴器、取り外しのできる義歯、湿布、エレキバン、カイロなど
- ・化粧品(アイシャドウ等)の中には金属を含んでいるものがあるため、化粧を落としていただくことがあります。
 - ・腹部、骨盤部の検査をされる方は原則として4時間前より絶食して下さい。
 - ・原則として検査衣に着替えていただきます。
(遠赤外線、または保湿性が非常に高い衣類(ヒートテック等)や金具が付いた下着は脱いでいただきます)

【検査中のお願い】

- ・検査時間は約20~60分程度です。**検査中は体を動かさないで下さい。**
- ・検査が始まると「トントン、ビービー」という大きな音が聞こえてきます。うるさく感じますがリラックスしてお受け下さい。
- ・検査中は緊急用の連絡ブザーをお渡しいたしますので、異常を感じた場合には検査担当者にお知らせ下さい。
- ・検査の内容によっては、造影剤という薬剤を静脈内に注射して行う場合もあります。
造影剤については、主治医からの説明をお聞き下さい。

MRI 検査同意書

患者氏名 _____

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

体重 _____ kg

禁忌項目 (□なしにチェックがない時は検査できません)

- | | |
|----------------------|-----|
| ① 心臓ペースメーカー・体内自動除細動器 | □なし |
| ② 人工内耳 | □なし |
| ③ 可動式義眼(磁石) | □なし |
| ④ 神経刺激装置などの体内電子装置 | □なし |

要注意項目

- | | | |
|--|-----|-----|
| ① 脳動脈瘤クリップ・血管内ステント・フィルター (手術した施設に MRI 可能か要確認) | □あり | □なし |
| ② 人工心臓弁 (手術した施設に MRI 可能か要確認) | □あり | □なし |
| ③ シヤントバルブ(検査後にバルブ圧要確認) | □あり | □なし |
| ④ その他体内金属(人工関節、手術クリップ等) | □あり | □なし |
| ⑤ 閉所恐怖症 | □あり | □なし |
| ⑥ 入れ墨・アートメイク | □あり | □なし |
| ⑦ 妊娠あるいは妊娠している可能性(妊娠 14 週未満は原則禁忌) | □あり | □なし |

みたき総合病院長殿

・この度、貴院にて検査を受けるにあたり、担当医師から現在の病状、検査の概要とその必要性、副作用など、診療内容について十分説明を受けて納得致しましたので、検査を受けることを同意します。また、それに関連して医師が必要と認めた治療行為を受けることを承諾します。

・セカンドオピニオンを得る機会があること、この決定に関しては、いつでも撤回をすることも可能であるとの説明を受けました。

年 _____ 月 _____ 日

患者本人又は代理人(続柄 _____)

・MRI 検査についての禁忌事項の確認・リスク等の説明をしました。

年 _____ 月 _____ 日

医師名 _____

印 _____

入室前チェック(技師による確認)

- | | |
|--------------------------------|-----|
| ① 補聴器 | □なし |
| ② 入れ歯 | □なし |
| ③ アクセサリー類 | □なし |
| ④ 衣服附属品(ファスナー、ホック、ヒートテック下着等) | □なし |
| ⑤ カラーコンタクトレンズ | □なし |
| ⑥ 磁気カード | □なし |
| ⑦ 皮膚張り薬等(湿布、カイロ、エレキバン等) | □なし |
| ⑧ 医療機器(酸素ボンベ、点滴棒、車椅子、ストレッチャー等) | □なし |

担当技師 _____