

本用紙を検査当日に必ずご持参下さい

お名前 様

予約日時 月 日 午前・午後 時 分

## ○検査当日の手順

- ・ 諸手続きのため検査予約時間の20分前にご来院になり、「総合受付」にて、お手続きください。
- ・ 健康保険証とお掛りになっている医師からの書類一式をご提出ください。
- ・ 下記「安全のためのチェックリスト」と別紙「MRI用造影剤使用に関する問診票」・「造影MRI検査同意書」にご記入いただき、検査当日にご持参ください。

## ○お願い

- ・ 検査日の変更ならびにキャンセルは下記まで御連絡ください。  
鎌ヶ谷総合病院 放射線診断科直通 TEL・FAX 047-498-8119

## ○食事・お薬など

## 骨盤部・腹部を検査される方

検査 6時間前よりの食事はお控え下さい。乳製品以外の水、お茶などは飲まれてかまいません。  
高血圧などで定期投薬のある方は薬を飲まれてからご来院下さい。  
膀胱に尿が溜まっている必要があります。検査直前(2時間前)には排尿をしないでください。  
腸管の動きを抑制するために検査直前にブスコパンというお薬を注射します。

## 骨盤部・腹部の検査以外の方

飲食の制限はありません。

## ★ 安全の確認のためのチェックリスト

体重を記入してください \_\_\_\_\_kg

該当する方に「レ印」を入れて下さい。“はい”の方は、適した言葉を○で囲むか、( )の中に具体的にお書きください。

## 1. 心臓ペースメーカー や 体内式除細動器 や 人工内耳 を装着なさっていますか？

いいえ はい:(→ 心臓ペースメーカー、体内式除細動器、人工内耳 )

上記装置装着中の方は、当院ではMRI検査を行えません。必ず主治医にお申し出ください。

## 2. 脳動脈瘤クリップ、心臓人工弁がありますか？

いいえ はい:(→ 脳動脈瘤クリップ、心臓人工弁 ) →手術時期: \_\_\_\_\_年頃)

「はい」の方は、手術時期や材質によりMRI検査を行えない場合があります。必ず主治医にお申し出ください。

## 3. 可変バルブ式の脳室シャントチューブが挿入されていますか？ 手術は当院で行いましたか？

いいえ はい:(当院で施行) はい:(当院以外で施行)

MRI検査後にバルブ圧チェックが必要です。当院以外で施行された方は、当院ではMRI検査を行えません。  
当院で施行された方は、主治医を通して脳外科医にお申し出ください。

## 4. 血管内ステントを挿入されていますか？

いいえ はい:(→ 頸部脳動脈、心臓冠動脈、胸部大動脈、腹部大動脈 )

挿入から6週間以内はMRI検査ができない場合があります。6週間以内の方は主治医にお申し出下さい。

## 5. 義歯、義眼、義肢、カラーコンタクト、磁石式のカテーテル・キャップ をお使いですか？

いいえ はい(→着脱は: 可能、不可能 )

着脱可能な場合は、安全のために検査前に外していただきます。

## 6. 人工関節、固定用の金具、金属製の置き針、その他体内に金属が有りますか？

いいえ はい(→部位をお書きください: \_\_\_\_\_ )

## 7. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？

いいえ はい わからない 「はい」、「わからない」の方は、主治医にお申し出下さい。

## ★ MRI検査とは

大きな磁石による磁場の中で、体内の水素原子の核磁気共鳴現象を測定し、コンピュータ解析により人体内部の構造を画像化する検査です。

検査中は工事現場のような大きな音がしますが、身体に影響はありません。

30分程度検査台の上でじっとしている必要があります。

## ★ 注意事項

### ○ 危険ですので、検査室内に金属製品や電子機器を持ち込まないでください。

【持ち込み禁止品の例】

金属類、時計、めがね、ライター、ヘアピン、鍵、アクセサリ、金属のついた衣類、磁気カード類、入れ歯、補聴器、使い捨てカイロ、エレキバン

### ○ 下記に該当なされる方は、当院ではMRI検査を行えません。

早めに主治医にお申し出下さい。

『心臓ペースメーカー』や『体内式除細動器』を装着なさってる方

『内耳人工関節』を装着なさってる方

『機械式人工心臓弁』を1970年(昭和45年)以前に挿入された方

『可変バルブ式脳室シャントチューブ』を当院以外で挿入された方

### ○ 下記に該当なされる方は、MRI検査を行えない場合があります。

早めに主治医にお申し出下さい。

『血管ステント』挿入後、6週間以内の方

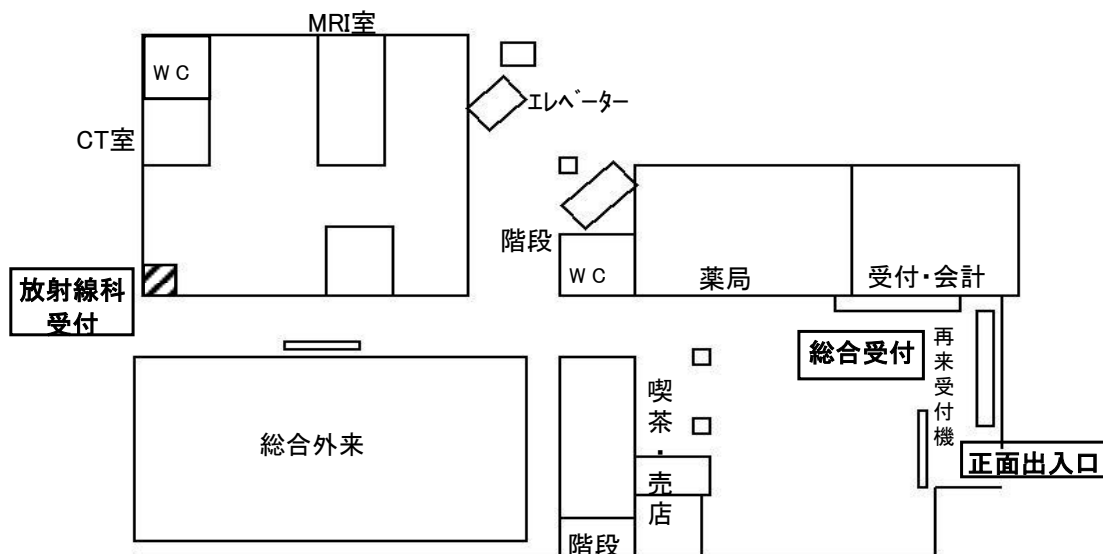
30分程度仰向けの姿勢を保てない方(痛みの強い方、お子様等)

閉所恐怖症の方

貼り薬、アイライナー、刺青などの影響で、皮膚に障害が起きたという報告もあります。

除去できるものは除去されることをお勧めします。

## 1階 放射線科 案内図



## MRI検査における造影剤使用についての説明書

今回実施するMRI検査は、“造影剤”という薬剤を注射して行います。造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし、今後の治療に役立てます。

MRI検査は造影剤を使わなくても行えますが、正確に診断が出来ず病気を見落とす場合があります。造影剤は安全な薬剤ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用にはつぎのようなものがあります。

- ① 軽い副作用 : 吐き気・嘔吐・かゆみ・発疹などで、基本的には治療は不要です。  
このような副作用の起こる確率は100人に つき1人以下、つまり1%以下です。
- ② 重い副作用 : 呼吸困難・血圧低下・けいれん・意識消失などで、通常は治療が必要であり入院や手術が必要なこともあります。  
このような副作用の起こる確率は1万人に5人以下、つまり0.05%以下です。
- ③ 非常に稀ですが、病状・体質によっては約100万人に1人の割合(0.001%)で死亡する場合があります。

なお、以前に造影剤を用いる検査を受け、副作用の無かった方でも副作用が起こる可能性があります。

☆造影剤の注入時には

- ① 勢いよく造影剤を注入する場合には、血管外に造影剤が漏れることが稀にあります。  
この場合は、注射した部位が腫れて痛みを伴うこともあります。
- ② 基本的には、時間がたてば吸収されますので心配ありません。  
漏れた量が多い場合は別の処置が必要となることもありますが、非常に稀です。

☆検査が終わって

- ① 稀に、検査のときは何とも無くても検査後数時間～数日後に注射した腕の痛み、皮膚の発赤・かゆみ、吐き気、嘔吐、動悸などの症状が出る場合があります。  
何か異常を感じたら、検査を依頼した診療科科までご連絡ください。
- ② 造影剤の体内からの排泄を良くするために、水・お茶などの水分を普段より多めにお飲みください。  
ただし、水分摂取を制限されている方は、通常どおりにしてください。
- ③ 造影剤は若干母乳中に移行しますので、およそ48時間は授乳を控えてください。

## MRI検査におけるブスコパン(鎮痙剤)使用についての説明書

腸管の動き(蠕動)を抑えてブレの少ない画像にするために“ブスコパン”という薬剤を注射して行います。本薬剤は安全な薬剤ですが、稀に次のような副作用が起こることもあります。

- ① 軽い副作用 : 口渇、眼の調節障害、心悸亢進、顔面紅潮などで、基本的には治療は不要です。  
このような副作用の起こる確率は100人に つき6人以下、つまり6%以下です。
- ② 重い副作用 : 呼吸困難・血圧低下・けいれん・などで、通常は治療が必要であり入院や手術が必要なこともあります。発生頻度は極めて稀です。

なお、以前に本薬剤を用いる検査を受け、副作用の無かった方でも副作用が起こる可能性があります。

検査をできるだけ安全確実に行うために、別紙の質問(問診票)にお答えください。

担当医の判断で造影剤を使用しない場合もあります。

当院では、万一の副作用に対して万全の体制を整えて検査を行っています。

もし変だと感じましたら、ためらわずに主治医もしくは放射線科にお知らせください。

**\* 造影検査に関して、ご質問がある場合には  
主治医もしくは検査担当者まで遠慮なくお尋ね下さい。**

# MRI用造影剤およびブスコパン使用に関する問診票

本用紙を検査当日に必ずご持参下さい

当てはまる方にレ印を入れてください。“あり”の方を選ばれた方は、適した言葉を○で囲むか、あるいは( )の中に具体的な言葉を書いてください。

1. 今まで、造影剤(注射/点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？  
なし あり: CT検査、尿路造影、胆道造影、血管造影、MRI検査
2. その時、副作用はありましたか？  
なし あり: 発疹、かゆみ、吐き気、嘔吐、頭痛、その他( )
3. 今までに気管支喘息(ぜんそく)といわれたことはありますか？  
なし あり(→具体的にお書き下さい: )
4. アレルギー体質、アレルギー性の病気がありますか？  
なし あり: じんましん、アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、鉄過敏感  
薬のアレルギー(薬剤名 )  
食物のアレルギー(食物名 )、その他( )
5. 腎臓のはたらきが悪い(腎不全など)といわれたことはありますか？  
なし あり(→具体的にお書き下さい: )
6. 今まで、バリウム等の検査においてブスコパンを用いて検査を受けたことがありますか？  
なし あり: 上部消化管検査(バリウム)、注腸、上下部内視鏡、MRI
7. その時、副作用はありましたか？  
なし あり: 目の違和感、口渇、動悸、顔の紅潮、めまい、その他( )
8. 緑内障、心臓の病気、前立腺肥大症といわれたことはありますか？  
全てなし あり: 緑内障、心臓の病気( )、前立腺肥大症
9. 現在、出血性大腸炎(O157, 赤痢等)や麻痺性イレウスを患っていますか？  
全てなし あり: 出血性大腸炎、麻痺性イレウス
10. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？  
なし あり わからない

※ 検査担当医・放射線科医の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

体重を記入して下さい

Kg

## 造影MRI検査同意書

私は、造影検査とその危険性について担当医から説明を受け、また、「MRI検査における造影剤使用についての説明書」を読み、納得しました。よって造影検査を受けること、および、もし副作用が生じた場合にはそれに対する処置を受けることに同意します。(同意した後も、いつでも撤回することができます。)

また、検査担当医・放射線科医の判断で造影剤使用を中止する場合があることにも同意いたします。

同意日:平成 年 月 日

患者または代理人(続柄 ) 署名 \_\_\_\_\_

上記患者様に対して文書において造影検査について説明しました。

説明日:平成 年 月 日

\_\_\_\_\_科 担当医 \_\_\_\_\_