

## 【MRI 検査注意事項】

※検査当日は、この診療情報提供書兼検査申込書・紹介状・保険証・熊本再春医療センターの診察券（お持ちの方）をご持参ください。  
検査予約時刻の 30 分前に、総合受付へおいでください。

**注意！！ ペースメーカー使用者は検査できません！！**

次の項目に該当する方は検査できない場合がありますので、主治医か看護師に申し出てください。

- ・ペースメーカー、除細動器、神経刺激装置、骨成長刺激装置、人工内耳、人工骨頭、人工関節、スワングアンツカテーテル、圧可変式シャントバルブ、義足、義眼などの金属を装着している人
- ・今までに手術を受け、体内に手術用クリップ、針金、釘などのある人
- ・外傷等で体内に金属片や陶磁片が残存する人
- ・閉所恐怖症の人
- ・腰痛等で長時間（20 分以上）仰向けになれない人
- ・現在妊娠中または妊娠の可能性のある人
- ・イレズミ、タトゥーをしている人
- ・マグネット式入れ歯をつけている人
- ・その他、医療機器を装着中の人

### 検査前の準備

- 1) 下着はファスナーやホックなどの金属のないものを着用してください。原則として検査着に着替えていただきます。また、化粧や育毛パウダーをしている方は検査時には落として来て下さい。
- 2) 腹部（肝・胆・膵）の検査は絶食です。午前中の検査の場合は朝食を、午後の検査の場合は昼食を食べないでください。腹部（肝・胆・膵）以外の検査は絶食の必要はありません。
- 3) 検査前にトイレに行っておいて下さい。但し骨盤部の検査の場合、検査前になるべく排尿しないようにお願いします。（膀胱と他の臓器の区別をやすくするため）
- 4) 検査室へは磁性体（磁石にくっつくもの）等は持ち込むことができませんので、下記のものはロッカーに入れるか付き添いの方に預けて下さい。

金 属 類：カギ・ヘアピン・メガネ・入れ歯・義眼・財布・ボールペン・コルセット 等  
装 飾 品：ネックレス・イヤリング・ピアス・指輪・カラーコンタクトレンズ・カツラ 等  
精密機械類：時計・補聴器・ケイタイ電話 等  
そ の 他：カード類・湿布・カイロ・エレキバン・置き針・パワーアンクル・つけまつげ 等  
機能的・保温下着・金属製のもの・金属のついているもの・磁気を使用したもの

- 5) 予約日時に来院できない場合には、事前に下記までご連絡ください。

検査のお問合せ・ご連絡先

熊本再春医療センター 放射線科

熊本県合志市須屋 2659 TEL 096-242-1000（内線 330）

# 診療情報提供書 兼 MRI 検査申込書

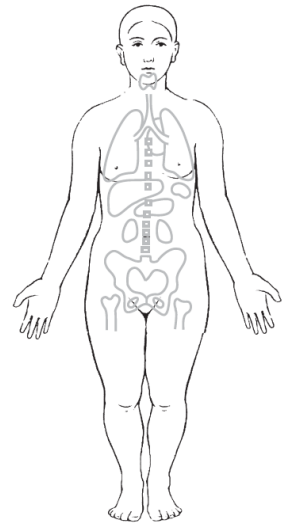
検査日	年 月 日	時 分 頃	
ふりがな		生年月日	MTSHR 年 月 日
患者氏名			
紹介元 医療機関名	病院・医院		
TEL		紹介元主治医	

## 検査部位記入

○で囲むか、記載がない場合は( )に部位の詳細を記載してください ※例 四肢(足関節)

- ・頭部：脳 ( )
- ・頸部：甲状腺 ( )
- ・胸部：肺 縦郭 ( )
- ・腹部：肝 胆 膵 脾 腎 副腎 ( )
- ・骨盤部：前立腺 膀胱 ( )
- ・脊椎・脊髄：頸 胸 腰 仙 ( )
- ・四肢・関節：肩 肘 膝 ( )
- ・心臓
- ・その他 ( )

検査範囲を記載してください



## 臨床診断記入

主訴・臨床経過・所見等

検査目的・希望事項

・下記から選択してください

・造影 MRI の場合、下記に数値を記載してください

① 単純 MRI	② 造影 MRI	体重 kg	クレアチニン mg/dl	
下記の項目等の有無について主治医がチェックしてください				
心臓ペースメーカー (無 有)	閉所恐怖症 (無 有)		HB 抗原 ( + - 不明 )	
心臓人工弁 (無 有)	てんかん (無 有)		HCV 抗体 ( + - 不明 )	
脳動脈瘤クリップ (無 有)	喘息 (無 有)		MRSA ( + - 不明 )	
ステント・コイル (無 有)	造影剤副作用歴 (無 有)		Wa 氏反応 ( + - 不明 )	
消化管吻合クリップ (無 有)	腎機能障害 (無 有)		T. B. ( + - 不明 )	
他の手術のクリップ (無 有)	緑内障 (無 有)		アレルギー ( + - 不明 )	
人工骨頭・関節 (無 有)	前立腺肥大 (無 有)		その他 ( )	
整形外科的金属類 (無 有)	20 分安静 (可 不可)		移動方法	
義眼・入れ歯 (無 有)	妊娠 ( ) カ月 (無 有)			徒歩
他の体内金属異物 (無 有)	授乳中 (無 有)			車椅子
			ストレッチャー	

造影 MRI 検査の場合、下記の書類による説明後、同意書の取得をお願いいたします。  
同意書は検査時に持参してください。

下記の同意書は造影検査依頼時のみ必要となります。  
直筆での記載をお願いいたします。

## 診療行為に関する説明と同意書（MRI造影剤）

（  検査     治療     手術     輸血     その他 ）

当院では、患者さまの権利を守り、患者さまが安心して診療を受けられるよう、担当医師は検査・治療・手術・輸血などの診療行為について十分な説明を行い、患者さまの自由な意志決定による同意を得たうえで診療を行うこととしております。担当医師の説明内容について理解納得され、その診療行為の実施に同意される場合はご署名をお願いいたします。

なお、同意を拒否されたり同意を撤回されることがあっても、診療上の不利益を受けることはありません。また、他の医療機関での診療行為をご希望の場合（セカンドオピニオン）は、その旨の診療情報を提供いたします。

国立病院機構熊本再春医療センター

### 診療行為の名称：MRI造影剤（ガドリニウム製剤 EOBプリモビスト）の静脈内注射

#### 1. 必要な理由および期待しうる効果

造影剤を静脈内に注入することで、検査目的とされる病変の存在、性質の診断、また血管性病変の描出が向上します。

#### 2. 方法の概略

造影剤を静脈内投与します。通常は成人で10～15mlを緩徐あるいは急速投与します。小児では、体重に応じ必要量を投与します。

#### 3. 危険性および合併症

造影剤は、多くの場合人体に無害です。しかし、ごくまれに副作用のみられることがあります。

##### 1) MRI（ガドリニウム製剤）の副作用の出現頻度

軽症：100人に1人以下

（不定愁訴、頭痛、嘔吐、紅潮、喉頭浮腫、血管浮腫）

重症：10万人に1人以下

（呼吸困難、肺水腫、アナフィラキシーショック、視覚障害、痙攣など）

死亡：極めてまれ

（造影剤の影響が考えられるものは200万人に1人程度）

2) これらの副作用の多くは検査終了6時間以内に起こりますが、発疹などは5～6日後に起こることもあります。帰宅後、異常を感じられた場合は当院にご連絡ください。時間内は放射線科医、時間外は救急当直医が対応いたします。

##### 3) 既往がある患者様について

次の既往がある患者様については、副作用を生じる可能性がやや高くなりますので、検査依頼医にお申し出のうえ、よく相談してください。

①患者様ご本人または血縁者に喘息やアレルギー体質の人がいる

②以前、造影剤使用で気分が悪くなったことがある

③重い腎臓の病気がある

#### 4. 副作用出現時の対応

万が一、上記の副作用が起こった場合には造影剤注射施行医および当院医療スタッフが迅速かつ最善の処置を行います。

#### 5. 造影剤が血管外に漏出した場合

細心の注意をはらい注射を行います。まれに造影剤が血管外に漏れることがあります。漏れが生じた場合、注射部位を中心とした腫れが生じます。軽症であれば、経過観察にて腫れは消失します。多量に漏れた場合は、血管外の造影剤による神経や動脈の圧迫をきたし、緊急処置が必要となる場合があります。検査終了時、検査医の判断にて処置いたしますが、帰宅後に異常が生じた場合は、当院にご連絡ください。

連絡先 国立病院機構 熊本再春医療センター  
電話：096-242-1000  
時間内：放射線科医  
時間外：当直医

#### 6. その他

承諾はその都度戴きますが、入院患者様の承諾書取得は1回の入院につき1回とさせて戴きます。

令和 年 月 日 国立病院機構 熊本再春医療センター  
診療科名(部) \_\_\_\_\_ 説明医師(署名) \_\_\_\_\_  
診療科名(部) \_\_\_\_\_ 同席者(署名) \_\_\_\_\_

( 同 意 書 )

国立病院機構 熊本再春医療センター院長 殿

私は、上記の診療行為について必要な理由、方法、期待しうる効果、危険性および合併症、代替手段、実施しない場合に予想される経過等について十分な説明を受け、納得しましたので実施に同意します。なお、上記の診療行為中に予期しない緊急事態が発生した場合には、医師が必要と判断した緊急処置を行うことにも同意します。

令和 年 月 日  
患者氏名(署名) \_\_\_\_\_  
親族等氏名(署名) \_\_\_\_\_  
(患者との続柄： \_\_\_\_\_)

※患者様が未成年、説明理解や判断に支障がある場合には保護義務者（後見人、配偶者、親権者または扶養義務者）の方にご署名をお願いします。