

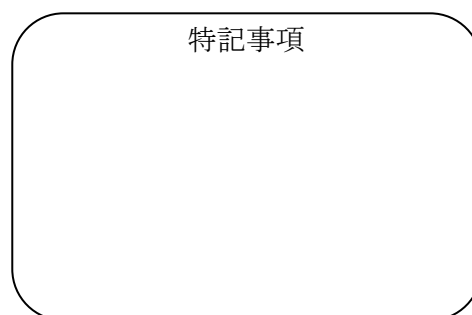
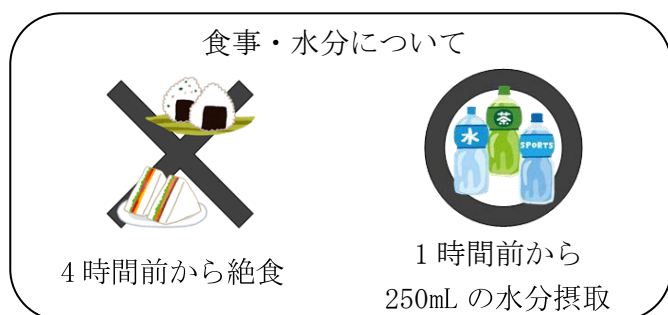
# MR 検査予約票

ID : 患者様氏名 : 様

検査日 : 検査予定時間 :

検査部位 : 依頼科 : 放射診 病棟 : 造影 MR 検査をうける方へ

- (1) 検査当日は、検査予定時間の 15 分前に MR 検査室に直接おこしください。検査内容により予定時間が前後することがありますのでご了承ください。
- (2) この用紙 (MR 検査予約票) と造影 MR 検査問診票 (同意書) 提出用を必ず MR 検査室受付へ提出してください。造影 MR 検査問診票を忘れた場合、検査が受けられないことがあります。
- (3) 食事について : 検査の 4 時間前から食べないでください。
- (4) 水分について : 検査 1 時間前から水分 (水・お茶・スポーツドリンク等) を 250mL ゆっくりと飲んでください (造影剤による副作用防止・軽減のため)。ただし、牛乳などの乳製品やコーヒーはお止めください。



- (5) 血液検査のある方は、可能な限り MR 検査の 1 時間前に採血を済ませてください。  
3 ヶ月以内に採血されていない方は、採血結果が出るまでお待ち頂きます。
- (6) 下記のもの体内にある方は検査を受けられません。
  - ・心臓ペースメーカー ・金属製の心臓人工弁 ・人工内耳 ・磁石式義歯及び義眼
  - ・神経刺激装置 (深部脳刺激装置) ・冠状動脈等に磁性体のステント挿入後 2 ヶ月未満
- (5) 以下に該当する方は検査を受けられないことがあるため、担当医師に申し出てください。
  - ①妊娠中もしくは妊娠の可能性のある
  - ②脳動脈瘤手術による金属クリップやコイル、ステント、その他体内に金属がある
  - ③入れ墨
  - ④閉所恐怖症
- (6) 以下のものは検査室へは持って入れません。事前に外していただきます。  
入れ歯、補聴器、ベルト、腕時計、湿布、カイロ、エレキバン、磁気カード、携帯電話、カラーコンタクトレンズ。当日はコンタクトレンズのケースや予備をご持参ください。

※ 検査は予約制になっていますので、当日都合で来られない方は下記へご連絡下さい。

独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 放射線診断科

TEL (06)-6942-1331

ホームページ

<https://osaka.hosp.go.jp/rt/radiodiagnosis/main.html>

(2015/11)

造影剤を用いた MR 検査について

造影剤を用いることで病気の状態がより正確に把握でき、今後の治療に役立てることができます。安全な薬剤ですが、次のような副作用が起こる場合があります。

1. MR 用造影剤（ガドリニウム製剤）の副作用の種類は次のようなものです。

- 1) 軽い副作用：吐き気、嘔吐、熱感、動悸などがおよそ 1%以下の方にみられます。
- 2) 重い副作用：呼吸障害、血圧低下、意識障害などがおよそ 0.01%以下の方にみられます。

このような重い副作用に対しては通常治療が必要です。注射や点滴、重症の場合は気管内挿管などの処置を行うことがあり、後遺症がのこる場合もあります。また病状・体質によっては 0.0001%以下で死亡例も報告されています。

\*造影剤を注射する際に血管外に造影剤がもれる場合があります。少量の造影剤がもれた場合は特別な処置は必要ありません。また、注射部位あるいはその周辺部位の疼痛、しびれが長く残る場合もありますが非常にまれです。しかし、多量にもれた場合は減圧などの処置が必要になることがあります。これは非常にまれにしかおこりません。

\*当院では、検査中放射線科医師が患者様の様子を観察しています。万一、重篤な副作用が起きた場合は院内救命救急体制の専門の医師がかけつけ処置を行なえる様に万全の体制を整えています。

2. MR 用造影剤の禁忌について気管支喘息・重篤な腎機能障害・重篤な肝機能障害の方は原則として造影検査を受けられません。

3. 妊娠中、授乳中の方へ

- ・妊娠中の造影剤を用いた検査は原則行いません。
- ・授乳中の方はおよそ 48 時間（最低 24 時間）授乳をお止めください。

4. 副作用を防止、軽減するために

- ・検査当日は普段より多めの水分をとることをおすすめします。
- ・検査前は水、お茶、スポーツドリンク等（乳製品等以外）を十分にとってください。
- ・検査後はお好きな物で結構です。



## 造影 MR 検査問診票（同意書） 提出用

\* 必要事項をご記入の上、検査当日に必ず持参してください。

当てはまる箇所に✓印を入れてください。

“あり”の場合は、該当するものを○で囲み、( )の中へ具体的にお書きください。

1. 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか？ なし あり
2. 経皮吸収貼付剤「ニトロダーム・ニコチネル」を貼っていますか？ なし あり
3. 体内および装着している金属などがありますか？ なし あり 脳  
動脈瘤クリップ・コイル・ステント・人工心臓弁・人工関節等・ネイルアート  
カラーコンタクトレンズ・入れ歯・補聴器・タトゥー・その他 ( )
4. いままで MR 検査を受けたことはありますか？ なし あり
5. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい
6. 妊娠していますか？（女性の方のみ） いいえ はい
7. その他（お気づきのことをお書きください： \_\_\_\_\_）

----- 造影 MR 検査のため、下記にお答えください。 -----

1. 今までに、造影剤を用いた検査を受けたことはありますか？  
なし あり MR 検査 CT 検査 尿路造影 (IP) 胆嚢造影
2. その時副作用はありましたか？  
なし あり 吐気 嘔吐 頭痛 発疹 かゆみ（その他 \_\_\_\_\_）
3. いままでに喘息（ぜんそく）といわれたことはありますか？  
なし あり いつごろですか？ :
4. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことがありますか？  
なし あり（具体的に： \_\_\_\_\_）
5. アレルギー性の病気や薬、注射、食物にアレルギー反応はありますか？  
なし あり（具体的に： \_\_\_\_\_）
6. 造影剤使用量の参考とするためあなたの体重をご記入下さい。 体重 ( ) kg

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。

---

### 造影 MR 検査同意書

検査日：                      検査予定時間：検査部位：                      依頼科：

#### 同意事項

- 1) 主治医 ( ) から MR 検査の目的、必要性について十分な説明を受け理解した。
- 2) 造影剤を使用すること、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。
- 3) 造影検査の了承は、患者様本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院の医師の強引な説得や強制によるものではないこと。
- 4) 患者本人または代理人は、検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも同意の撤回ができること。

患者様氏名：                      様                      ID：

同意日 年 月 日 患者本人又は代理人（続柄    ）：署名

## 造影 MR 検査同意書

検査日： 検査予定時間： 検査部位： 依

頼科： 同意事項

- 1) 主治医（ ）から MR 検査の目的、必要性について十分な説明を受け理解した。
- 2) 造影剤を使用すること、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。
- 3) 造影検査の了承は、患者様本人または代理人の任意の同意に基づくもので、当院の医師の強引な説得や強制によるものではないこと。
- 4) 患者本人または代理人は、検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも同意の撤回ができること。

患者様氏名： 様 ID：

同意日 年 月 日 患者本人又は代理人（続柄 ）： 署名

## MR 検査チェックリスト

検査日

ID \_\_\_\_\_ 患者様氏名 \_\_\_\_\_ 様

# 検査直前(出室時)に



それぞれの項目を確認して□に✓をお願いします(病院スタッフ施行)

## 安全確認項目

・手術などで体内に金属はありますか？(あればMRI撮像可能か確認必須)

  
ペースメーカー  
スワンガンツカテーテル  
禁忌    
あり なし

  
人工内耳  
禁忌    
あり なし

   
脳動脈クリップ コイル  
ステント(グラフト) IVCフィルター  
   
あり なし

  
インプラント  
   
あり なし

  
人工関節等  
(すべての部位)  
   
あり なし

・金属を含む物を身につけていますか？(必要のない物は外して下さい)

  
補聴器  
   
あり なし

  
アクセサリー  
ネイルアート  
   
あり なし

  
入れ歯、差し歯  
   
あり なし

  
カラーコンタクト  
   
あり なし

  
アイシャドー  
アートメイク  
   
あり なし

  
タトゥー、入れ墨  
原則    
禁忌    
あり なし

  
財布、小銭  
磁気カード類  
   
あり なし

  
カギ  
   
あり なし

  
時計  
   
あり なし


  
携帯電話  
   
あり なし

  
ヘアピン・ピアス  
   
あり なし


  
体温計  
   
あり なし


・湿布、カイロ、モニターパッチなどの貼り物はありますか？  
(上記以外の貼り薬は種類によって異なるため相談)


  
湿布・カイロ  あり  
 なし

  
モニターパッチ  あり  
 なし

・シリンジポンプ、輸液ポンプ、酸素ボンベ、人工呼吸器はありますか？人工呼吸器はMRI対応品ですか？  
(病棟で外せない装置はMRI室で病棟スタッフに外していただきますので付き添いが必要です)  
(人工呼吸器はMRI室にありません。病棟で対応品を装着し出室して下さい)

  
シリンジポンプ  あり  
 なし

  
輸液ポンプ  あり  
 なし

  
酸素ボンベ  あり  
 なし

  
人工呼吸器  対応  
 非対応  
 なし

・搬送は車いす、ストレッチャーですか？


それらはMRI対応品ですか？

(車いす、ストレッチャーが非対応の場合MRI室にて  
専用のものに移ってもらいます)

  
車いす  対応  
 非対応  
 なし

  
ストレッチャー  対応  
 非対応  
 なし

・尿管カテーテルは温度センサーが付いていますか？  
(付いている場合は金属のコネクター部が露出しないようにカバーして下さい)

  
温度センサー  あり  
 なし

・このチェックリストは、同意書または問診票と必ずセットで提出して下さい

チェック者氏名