

## MRI検査依頼書

|                              |  |  |                             |                                     |                                |
|------------------------------|--|--|-----------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| フリガナ                         |  | 生年月日   | 年齢                          | 身長                                  | 体重                             |
| 氏名                           |  | 年 月 日  | 歳                           | cm                                  | kg                             |
| 検査希望日                        |  | 第1希望 年 月 日 (AM・PM)   |                             | 第2希望 年 月 日 (AM・PM)                  |                                |
| 検査方法                         | <input type="checkbox"/> 単純MRI   | 読影   | <input type="checkbox"/> 要  | アレルギー                               | <input type="checkbox"/> 有 ( ) |
|                              | <input type="checkbox"/> 造影MRI   |  | <input type="checkbox"/> 不要 |                                     | <input type="checkbox"/> 無     |
| 腎機能                          | Cr値: eGFR値: Cr検査日付:  |  |                             |                                     |                                |
| 検査部位                         |  |  |                             | 疾患名、検査目的など                          |                                |
| <input type="checkbox"/> 頭部  | <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> 内耳 <input type="checkbox"/> 下垂体  |  |                             | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 参照 |                                |
| <input type="checkbox"/> 頸部  | <input type="checkbox"/> 咽頭喉頭 <input type="checkbox"/> 唾液腺 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 顎関節<br><input type="checkbox"/> 上顎 <input type="checkbox"/> 下顎 <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 |  |                             |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> 胸部  | <input type="checkbox"/> 縦隔 <input type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 乳房  |  |                             |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> 上腹部 | <input type="checkbox"/> 胆嚢膵臓(MRCP) <input type="checkbox"/> 肝臓 <input type="checkbox"/> 腎臓・副腎   |  |                             |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> 下腹部 | <input type="checkbox"/> 子宮卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 直腸 <input type="checkbox"/> 膀胱   |  |                             |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> 脊椎  | <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎尾骨  |  |                             |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> 四肢  | <input type="checkbox"/> みぎ  | <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 上腕・前腕 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手関節<br><input type="checkbox"/> 手指 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 大腿・下腿 |                             |                                     |                                |
|                              | <input type="checkbox"/> ひだり   | <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足趾  |                             |                                     |                                |
| <input type="checkbox"/> その他 |  |  |                             |                                     |                                |

## MRI検査 問診表

検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。

1. MRI検査及び造影MRI検査に関する説明書の内容について理解しましたか？(別紙参照)  
 いいえ  はい
2. MRI金属チェックリストに記入は行いましたか？(別紙参照)  
 いいえ  はい
3. 今まで、MRI造影剤を使用する検査を受けたことがありますか？(造影剤検査の患者様のみ記入)  
 いいえ  はい
4. そのとき、副作用はありましたか？  
 いいえ  はい → 発疹・かゆみ・吐き気・頭痛・動悸 その他( ) いつ頃(検査中・検査後・数日後)
5. 腎臓の機能が悪い(腎不全など)といわれたことがありますか？  
 いいえ  はい
6. 妊娠している、または可能性がある  
 いいえ  はい

## MRI検査 同意書

私は、いわき市医療センターにてMRI検査を受けるにあたり、紹介元医師から

MRI検査の必要性について  MRI造影剤について(造影剤検査の患者様のみ)

十分な説明を受け診療上必要であることを理解いたしましたので、その実施に同意します。尚、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置されることについても同意します。

同意日 年 月 日 患者氏名

紹介元医師署名

(注)本人が未成年または署名できない場合は下記にご記入ください。

保護者又は  
保証人氏名

(続柄: ) 保護者又は保証人の住所

# MR I 金属チェックリスト

検査当日持参して下さい

**検査依頼時チェック欄** 体内の金属及び該当する項目にチェック☑して下さい。

## 検査不可

氏名： \_\_\_\_\_

- 心臓ペースメーカ、植込み型除細動器（ICD）、神経刺激器  
（MR I 対応型の製品を使用している方は、スタッフにご相談下さい）
- 人工内耳・中耳

## 場合によって検査不可

- 脳動脈瘤クリップ、心臓人工弁、ステント、コイル、骨弁固定器具  
体内の位置 \_\_\_\_\_ 手術を行った年 \_\_\_\_\_ 年頃 手術を行った病院 \_\_\_\_\_
- 上記以外で手術等により体内に金属等がある  
（例：人工関節・バルブ式シャント・胸骨ワイヤー・避妊リング・歯科矯正）  
体内の位置 \_\_\_\_\_ 手術内容や金属名 \_\_\_\_\_ 手術を行った病院 \_\_\_\_\_
- 金属加工業や戦争の経験があり、体内に金属片がある可能性
- 磁石で着脱を行う人工物（例：義眼、入れ歯、インプラント、人工肛門）
- 刺青、タトゥー、アートメイクなど
- 閉所恐怖症、又は静止することが困難（じっとしてられない）
- 妊娠（ \_\_\_\_\_ 週）
- 上記に該当する項目はありません

記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ご署名 \_\_\_\_\_ ご協力ありがとうございました。

記入確認者：スタッフ氏名 \_\_\_\_\_ ⇒ 原本を患者様へコピーをスキャンセンターへ

**検査当日チェック欄** 持参物に☑を付けてください。検査前に外していただきます。

- 入れ歯     補聴器     時計     携帯電話     財布     磁気カード
- 眼鏡     コンタクトレンズ     指輪やネックレス等の貴金属類
- ヘアピン等の金属製髪留め     かつら・ウィッグ
- 金具が付いている下着や衣類     ヒートテック等の機能性肌着
- 装具類（義肢・コルセット等）     カイロ・エレキバン・湿布等の薬
- ニトロダームテープ等（貼り面が銀色の貼り薬）

★不明な点はスタッフにご相談下さい★

# MR I 検査及び造影MR I 検査に関する説明書

患者様氏名： \_\_\_\_\_

## MR I 検査について

MR I 検査は、強い磁石でできた機械の中に入り、身体の断面や血管を撮影する検査です。検査時間は検査目的により様々ですが 30～60 分程度です。検査中は非常に大きな音が出ますので、ヘッドフォンや耳栓を使用します。検査中に体を動かしてしまうと画像が乱れてしまうので、動かないようにして下さい。手術などで体内に金属がある場合や身に付けている物の材質により、やけどや発熱、その他人体に重大な影響を及ぼす可能性もありますので、別紙のMR I 金属チェックリストを確認して下さい。

検査当日は、MR I 金属チェックリスト、MR I 予約表を持参して下さい。コンタクトレンズを使用中の方は、検査前に外していただきますのでコンタクトレンズ容器も持参して下さい。また、マスカラ、アイシャドー、マニキュア等には金属を含んだ製品がある為、当日のお化粧品は控えめにお願いします。

## MR I 用ガドリニウム造影剤（静脈注射）について

検査目的によって、腕の静脈から造影剤を注射することがあります。病変を明瞭に確認でき、診断に役立ちます。喘息や腎臓の機能低下、ガドリニウム造影剤アレルギーなどある方は使えないこともあります。尚、以下の様な副作用が報告されています。

軽度：かゆみ、吐き気、発疹、発赤、嘔吐、喉の違和感（頻度 0.01～1%）

中等度：息切れ、動悸、不整脈など（頻度 0.02%）

重篤：血圧低下、呼吸困難、意識消失など（頻度 0.01%）

重篤の場合は入院処置が必要な場合や後遺症が残る場合もあります。また、残念ながら病状や体質により、100万人に1人程度の死亡例も報告されています。大部分は注射中から検査直後に発現しています。しかし、遅れて発現（多くは2日以内）する場合がありますので、帰宅後に症状が発現した場合には、いわき市医療センター（TEL 0246-26-3151）までご連絡下さい。

その他として、注射時に造影剤漏出の可能性がありますが、時間が経てば吸収されますので、ほとんどの場合は処置を必要としません。

また、授乳中の方は、造影剤を使用後 48 時間は授乳を控えて下さい。

## 腹部MRCP検査で使用する経口造影剤(飲み薬)について

MR I 検査予約票の検査部位にMRCPと記載されている方は、検査前に造影剤を飲んで行います。膵臓や胆管がはっきり見えるようになり、診断や治療方針を決定する上で欠かせない情報が得られます。副作用として、軟便、下痢、腹痛、腹鳴など（頻度 0.1～5%）があります。また、授乳中の方は、造影剤を使用後 48 時間は授乳を控えて下さい。

紹介元医師名 \_\_\_\_\_

患者様氏名(本人) \_\_\_\_\_

(注)本人が未成年または署名できない場合は下記にご記入ください。

同席者(親族等)氏名 \_\_\_\_\_