

# MRI 検査を受けられる患者様へ

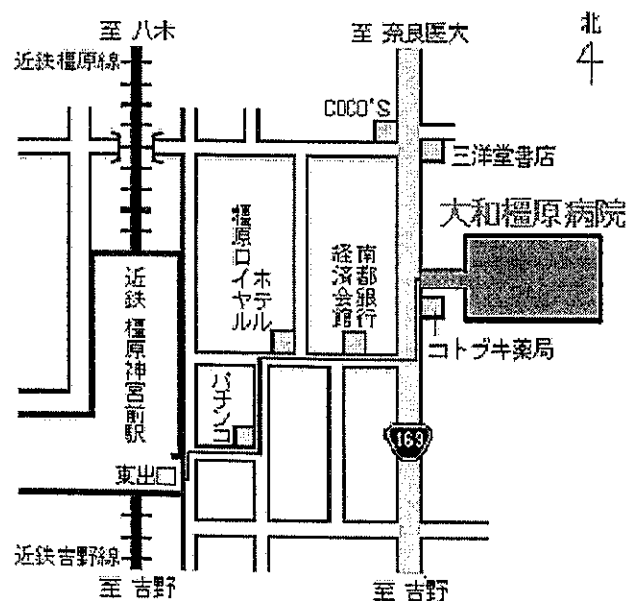
予約検査日 月 日 AM・PM :

- MRI 検査は強力な磁場を用いて体内の情報を画像化する検査です。検査中には大変大きな音がしますが、信号の切り替えの時に出る音ですからご安心ください。
- 検査時間は、撮影する部位によって異なりますが、およそ 30 分かかります。
- 検査当日は予約時間の 30 分前に、紹介状、保険証と持って大和橿原病院総合受付に御来院ください。
- 腹部 MRI 検査、造影 MRI 検査の場合は絶食が必要になります。  
(水分は軽く摂取していただいても結構です。)
  - ・ 検査予約時間が 午前の場合は朝食抜き  
午後の場合は昼食抜き
- 腹部検査では、検査内容によって経口造影剤(鉄製剤の飲み水)を飲んでいただくことがあります。
- 腕時計、磁気カード(診察券、キャッシュカード、定期券等)、携帯電話等は検査磁場をみだし、その機能に障害を受けますので検査室内に持ち込めません。
- エレキバン、アクセサリ、使い捨てカイロ、入れ歯等の金属類は前もってはずしておいてください。
- 検査当日は簡易な服装にされて、金属類の貴重品をお持ちにならないようお願いいたします。
  - ・ 金属類(ファスナー、ホック等)のある衣類は検査時に着替えていただく場合がございます。
- 造影 MRI 検査を受けられる患者様は、別紙に書かれた「MRI 検査問診票 兼 同意書」の説明をよく読み、主治医の説明を聞いた上で検査同意書にご署名ください。
- 都合で来られない時や、検査予約の変更、分からないことについては下記の電話番号にお問い合わせください。

## 当院への交通案内

医療法人橿原友絃会 大和橿原病院  
橿原市石川町 81 番地  
代表電話 0744-27-1071 (内線 140)  
放射線科直通電話 0744-28-2966

- ・ 近鉄橿原神宮前駅東出口より徒歩 2 分
- ・ 奈良交通橿原銀宮東停留所より徒歩 2 分



|                           |  |                    |               |
|---------------------------|--|--------------------|---------------|
| 紹介医療機関名                   |  |                    |               |
| 医師名                       |  | 依頼日                |               |
| 患者氏名                      |  | 依頼日 令和 年 月 日       |               |
| フリガナ :                    |  | 生年月日 M・T・S・H 年 月 日 |               |
|                           |  | 男・女                | 身長: cm 体重: kg |
| 検査予約日 : 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 |  |                    |               |

## 検査部位

|             |                        |         |                 |
|-------------|------------------------|---------|-----------------|
| 頭部          | 頭部ルーチン・頭部(ルーチン+MRA)セット | 胸部      | 乳房・縦隔・心臓        |
|             | 内耳聴神経                  | 腹部      | 肝・脾・腎・MRCP      |
| 顔面          | 眼科SOL・副鼻腔・舌            | 骨盤      | 子宮・卵巣・膀胱・前立腺・直腸 |
| 頸部          | 頸部・甲状腺・咽頭(上・中・下)       | 関節(右・左) | 肩・肘・手・股・膝・足     |
| 脊椎          | 頸椎・胸椎・腰椎               | 四肢(右・左) | 上腕・前腕・手・大腿・下腿・足 |
| 血管          | 胸部大動脈・腹部大動脈・下肢動脈       | その他     |                 |
| 造影 : 要 ・ 不要 |                        |         |                 |

|                  |    |
|------------------|----|
| 臨床診断             | 主訴 |
| 現病歴・関連検査成績及び依頼目的 |    |
|                  |    |

# 大和橿原病院 MRI 検査問診票兼同意書

説明年月日：                      年           月           日

氏名 \_\_\_\_\_

説明医師

生年月日 \_\_\_\_\_

## MRI 問診表

MRI 検査を安全に受けていただくため、次の質問にお答え下さい。（□内にチェックを入れてください）

・心臓ペースメーカー    なし あり  
（心臓ペースメーカーを使用している場合はMRI 検査を受けることは出来ません）

・入れ墨                      なし あり

・人工心臓弁                なし あり

・動脈瘤クリップ         なし あり

・体内金属                 なし あり → 「あり」の場合、下記の該当するものを○で囲んでください。  
（人工骨頭、人工関節、手術用クリップ、心臓ステント、入れ歯、その他）

### 【造影剤検査の場合は以下の質問にもお答え下さい】

造影剤は、MRI 検査での病気の有無や病気の性質、範囲といったことをより正確に評価するために用いられるものです。造影剤を使うと、まれに副作用が起こることもあります。作用の種類は次のようなものです。

1. 軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などで、基本的に治療を要しません。このような副作用の起こる確率は、約100人につき1人、つまり1%です。
2. 重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。そのため、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、約1万人につき5人以下、つまり0.05%以下です。病状体質によっては100万人に1人の割合（0.0001%）で死亡する場合があります。

また造影剤を注射する際にはまれに血管外に造影剤が漏れて、注射部位がはれて痛みを伴うこともあります。基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません。

当院では万一の副作用に対して万全の態勢を整えて、検査を行っています。

問診  次の質問にお答え下さい。（□内にチェックを入れてください）

（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  
「あり」の場合（CT 検査、腎臓検査、胆嚢検査、血管造影、MRI 検査）

・ 「ある」と答えられた方へ、その時副作用はありましたか                      なし あり  
「あり」の場合（発疹、吐き気、嘔吐、その他）

・ 今までに喘息と言われたことがありますか                      なし あり

・ 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

・ 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

## 造 影 MRI 検 査 同 意 書

造影MRI 検査について、どちらかの□内にチェックを入れてください。

同意： 上記の説明により、造影剤を使用した検査を受けることについて理解できましたので、これを受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回できます。）

拒否： 上記の説明を受けましたが、造影MRI 検査を拒否します。そのことによる結果について、主治医及び病院の責任を追及いたしません。

記載日        年        月        日

本人ご署名 \_\_\_\_\_

、保護者または代理人署名（続柄 \_\_\_\_\_）

本人の署名がある場合は、代理人の署名は不要です。