Ｍ　Ｒ　検　査　説　明　書

患者　ID ：

患者氏名 ：

生年月日 ：

検査日時	
	予約時間の15分前までに、2階受付4（放射線科）までお越し下さい。

MRIは**強力な磁石**と**電波**を利用して体内の情報を画像化する検査です。次の事項にご留意下さい。

① **ペースメーカー（ＩＣＤも）、人工内耳、または可動式義眼埋め込み後の方は検査を受ける事ができません。**
血管内（ステント、コイル、フィルター等）留置後６週間以内は検査を受ける事ができません。
大腸クリップは、体外に排出が確認されない場合は検査を受ける事ができません。

以下の方はお申し出ください。　（腹部X線による確認が必要となる場合があります）

◆手術等で体内に金属を埋め込んだ方。
◆妊娠中の方。胎児や乳児に対する安全性は確立されておりません。
◆刺青の方。火傷、変色の恐れがあります。
◆磁石を用いたインプラントの方。接続が弱くなる可能性があります。検査可能であるか、お掛かりの歯科にお問い合わせください。

② 検査室には磁性体を持ち込む事ができません。次のような物は外して検査着に着替えて頂きます。

◆体内の取り外し可能な金属　（義歯、補聴器、カラーコンタクトレンズ、東洋針等）
◆貴金属　（腕時計、財布、ネックレス、イヤリング、ピアス、ヘアピン、鍵、携帯電話等）
◆磁気カード　（診察券、駐車券、キャッシュカード類）
◆貼り薬　（シップ、エレキバン、ホッカイロ、ニトロダーム、ニコチネルパッチ等）
◆金属の付いている衣類、下着（ブラジャー、スリップ等）
◆髪染め・メイク　（ファンデーション、マスカラ、アイライナー等にはMRI機器や皮膚に影響を及ぼす成分が含まれている場合があります。 検査当日の過度の化粧はお控えください。落として頂く場合もあります。）

③ 所持品はすべてロッカーに入れて、検査室には何も持ち込まないでください。

◆検査室内に持ち込んだ所持品の破損等があった場合、保証は致しません。
◆紛失等ないように、ご自身で管理をお願い致します。

④ 撮影中の注意事項は以下の通りです。

◆撮影中は良い画像を得る為に身体を動かさないで下さい。
◆撮影時間は検査部位や内容によって変わります。（通常２０～３０分程度です）
◆撮影中は非常に大きな音がします。（必要な方は耳栓をご用意ください）
◆撮影場所は狭くなっています。**閉所恐怖症の方はお申し出ください。**

⑤ 検査内容によっては食事制限があります。（通常、**造影剤を使用する方**と**腹部検査の方**のみです）

検査当日
イ．朝食は召し上がらないでください
ロ．昼食は召し上がらないでください
ハ．食事制限はありません
ニ．**MRCP検査**の方は検査前の食事を召し上がらずに来院して下さい。但し、**３時間前**までの飲水は可能です

⑥ 造影剤を使用する場合は同意書と問診票の記入をお願い致します。
⑦ 予約の変更は検査予約を行った診療科へ連絡をお願い致します。
⑧ 検査に対する問い合わせはＭＲＩ室へ連絡をお願い致します。
⑨ 救急病院の為、救急患者撮影等により予約時間通りに検査が出来ない場合もあります。予めご了承下さい。
⑩ 機器故障や薬品供給が滞った場合に、当日や予約日時に検査ができないことがあります。その際の検査日時の変更にご協力下さい。

ご不明な点は、下記までお問い合わせ下さい。
またご**都合で来院できなくなった場合は、早めに下記までご連絡をお願いします。**

順天堂大学医学部附属　順天堂東京江東高齢者医療センター
電話　東京（03）56323111（代表）
ＭＲＩ検査室　内線 3283

ＭＲ検査同意書

診療科名：
患者　ID：　　検査説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
患者氏名：
生年月日：　　陪席者（職種　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この用紙は、あなたが受けるＭＲ検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け、
下記ＭＲ検査（核磁気共鳴）用造影剤に対する留意事項もご確認ください。

記

１、　検査概要

ＭＲ検査はX線を使用するＣＴ検査などと異なり、磁場を利用した核磁気共鳴の原理を用いて、からだの中の水素原子の分布を画像化する検査です。必要に応じてＭＲ検査用造影剤を使用する場合があります。

2、　ＭＲ検査用造影剤の使用の必要性

ＭＲ検査用造影剤は（Gd-DTPAなど）は、検査する臓器の形をはっきりとさせ、病気の存在診断、性質の診断に有用で、さらにＭＲ検査で血管を撮影するときに幅広く使用されている造影剤です。ＣＴ検査や血管造影検査で使用されるヨード造影剤とは異なる種類の薬品です。ＭＲ検査には大変有益な薬剤ですが、まれに副作用を起こすことがあります。

3、　ＭＲ検査用造影剤による副作用

ＭＲ検査用造影剤を注射すると、希に（1.5％以下）アレルギー反応（じんま疹、くしゃみ、吐き気、発熱など）を起こすことがあります。ほとんどの場合、軽度で一過性の症状で様子をみたり、アレルギーを抑える処置（注射、内服）でよくなります。しかし、非常に希に（20万人～40万人に１人と推定）重度な症状（血圧低下、呼吸障害など）を起こすこともあります。さらに希に重度な症状による死亡例の報告もあります。
また、ＭＲ用造影剤注射後１～3日くらい経過してから軽度な症状が現れることもあります。これらの症状を総称して副作用と呼びますが、当院では万が一、副作用が起きても適切な処置を行えるよう万全の体制を整えていますのでご安心ください。

尚、副作用の治療には別に費用がかかります。

※造影剤に関する不明な点や**造影剤を使用したくないという場合には、遠慮なくお申し出ください。**

順天堂大学
医学部附属　順天堂東京江東高齢者医療センター

順天堂大学
医学部附属　**順天堂東京江東高齢者医療センター院長殿**

ＭＲ検査施行同意書

(1)　私はこのたび予定された検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、理解しましたのでこの検査を受けることを同意します。
(2)　また、検査においてＭＲ検査用造影剤を使用することにより、希に副作用が有りうることも説明を受け、その必要性も理解しましたので

(　　)　ＭＲ検査用造影剤の使用に同意します。
(　　)　ＭＲ検査用造影剤の使用に同意しません。

検査日時

同意年月日　西暦　　年　　月　　日

患者本人または代理人（続柄　　）　署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜カルテ添付＞

ＭＲ検査同意書

診療科名 ：
患者 ID ：　　検査説明医師 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
患者氏名 ：
生年月日 ：　　陪席者（職種　　）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

この用紙は、あなたが受けるＭＲ検査の同意書です。担当医師から検査に対する説明を受け、
下記ＭＲ検査（核磁気共鳴）用造影剤に対する留意事項もご確認ください。

記

１、　検査概要

ＭＲ検査はX線を使用するＣＴ検査などと異なり、磁場を利用した核磁気共鳴の原理を用いて、からだの中の水素原子の分布を画像化する検査です。必要に応じてＭＲ検査用造影剤を使用する場合があります。

2、　ＭＲ検査用造影剤の使用の必要性

ＭＲ検査用造影剤は（Gd-DTPAなど）は、検査する臓器の形をはっきりとさせ、病気の存在診断、性質の診断に有用で、さらにＭＲ検査で血管を撮影するときに幅広く使用されている造影剤です。ＣＴ検査や血管造影検査で使用されるヨード造影剤とは異なる種類の薬品です。ＭＲ検査には大変有益な薬剤ですが、まれに副作用を起こすことがあります。

3、　ＭＲ検査用造影剤による副作用

ＭＲ検査用造影剤を注射すると、希に（1.5％以下）アレルギー反応（じんま疹、くしゃみ、吐き気、発熱など）を起こすことがあります。ほとんどの場合、軽度で一過性の症状で様子をみたり、アレルギーを抑える処置（注射、内服）でよくなります。しかし、非常に希に（20万人～40万人に１人と推定）重度な症状（血圧低下、呼吸障害など）を起こすこともあります。さらに希に重度な症状による死亡例の報告もあります。
また、ＭＲ用造影剤注射後１～3日くらい経過してから軽度な症状が現れることもあります。これらの症状を総称して副作用と呼びますが、当院では万が一、副作用が起きても適切な処置を行えるよう万全の体制を整えていますのでご安心ください。

尚、副作用の治療には別に費用がかかります。

※造影剤に関する不明な点や**造影剤を使用したくないという場合には、遠慮なくお申し出ください。**

順天堂大学医学部附属 順天堂東京江東高齢者医療センター

順天堂大学医学部附属 **順天堂東京江東高齢者医療センター院長殿**

ＭＲ検査施行同意書

(1)　私はこのたび予定された検査の内容とその必要性を上記担当医師より説明を受け、理解しましたので
この検査を受けることを同意します。
(2)　また、検査においてＭＲ検査用造影剤を使用することにより、希に副作用が有りうることも説明を受け、
その必要性も理解しましたので

(　　)　ＭＲ検査用造影剤の使用に同意します。
(　　)　ＭＲ検査用造影剤の使用に同意しません。

検査日時　　同意年月日　西暦　　年　　月　　日

患者本人または代理人（続柄　　）　署名

＜患者さま用＞

MRI検査前チェックシート　ID:

◆MRI検査検査を安全に受けて頂く為に、下記の内容を読んで太枠内に記入して下さい

西暦　　年　　月　　日

*検査受ける方
ご署名（本人）

＊本人が記入出来ない場合
ご家族、代理の方　　続柄（　　）

*体内に磁性体がある場合、磁場により動いたり外れたりする恐れが有ります。
また、磁性にかかわらず撮影時の電波により発熱する可能性が有ります。
*撮影室内に持ち込んだ所持品の破損などがあった場合、保証は致しません。

		どちらかに☑をいれる		
		無	有	担当者確認欄
問診	MRI検査を行った事がある	□	□	□
	閉所恐怖症がある	□	□	□
	女性のみ　妊娠している、もしくはその可能性がある	□	□	□
体内金属の有無	ペースメーカー、植込み型除細動器（ICD）	□	□	□
	血管内（ステント、コイル、フィルター等）6週以内	□	□	□
	可動式義眼,人工内耳(耳手術後カードをもらった)	□	□	□
	脳動脈クリップ、血管クリップ、大腸クリップ	□	□	□
	水頭症シャント	□	□	□
	避妊リング	□	□	□
	磁石式インプラント	□	□	□
	刺青、アートメイクがある	□	□	□
	あると答えた方、その後MRI検査を行いましたか	□	□	□
	体内異物（金属片、弾丸、東洋針【置き針】など）	□	□	□
	その他体内金属（人工関節など）	□	□	□
取り外し可能な物	補聴器	□	□	□
	入れ歯	□	□	□
	カラーコンタクト　金属を含んだ(ﾏｽｶﾗ・ｸﾘｰﾑ類・ﾈｲﾙ・髪染め）等	□	□	□
	義手、義足	□	□	□
	貼り薬　（ニトロダーム、ニコチネルパッチ、エレキバン、ノルスパンテープ、ニュープロパッチ、温シップ、ホッカイロ等）	□	□	□
	衣類の金属、ヘアピン、金具、安全ピンなど	□	□	□
	ME機器　（輸液 ・PCA ・シリンジポンプ　、温センサー付バルーン、尿路用DIB(磁石）キャップ、J-VAC等）	□	□	□
	心電図（電極、リード線）	□	□	□
	貴金属（財布、時計、カード、携帯電話、アクセサリー等）	□	□	□

＊当日にチェックして持参して下さい。

*ご不明な点は検査説明書を参照して下さい。

（2019.11.22更新）

確認技師名1

確認技師名2

順天堂東京江東高齢者医療センター　　放射線科　MRI室.

ID No.　：　　検査日：
フリガナ　　依頼科：
氏名　　：　　依頼医師：
生年月日：

造影CT検査および造影MRI検査の問診票

造影剤副作用に対する予備情報を得るため、あなたの既往歴をお聞かせください。

1. 今までに、「造影検査」を受けたことがありますか？　□はい　□いいえ

その時に気分が悪くなりましたか？　□はい　□いいえ

・「はい」と答えられた方、症状をお聞かせください。

吐き気 ・ 息苦しさ ・ 発疹 ・ かゆみ ・ 咳 ・ くしゃみ ・ その他 [　　]

2. 今までに、「アレルギー体質」と言われたことがありますか？　□はい　□いいえ

・「はい」と答えられた方、アレルギー体質の内容をお聞かせください。

ぜんそく ・ じんま疹 ・ アトピー ・ 花粉症 ・ その他 [　　]

3. 今までに、「お薬」で副作用が起きたことがありますか？　□はい　□いいえ

・「はい」と答えられた方、具体的なお薬の名前をお聞かせください。

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4. 以下の病気があると言われたことがありますか？（治療中を含む）　□はい　□いいえ

腎臓病 ・ 心臓病 ・ 甲状腺疾患 ・ 糖尿病 ・ その他 [　　]

年　　月　　日

患者本人署名：

ご本人が記入できない場合
ご家族または代理人の署名：　　続柄（　　）

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター　　2025年5月作成