

# MRI 検査を受ける方へ

\_\_\_\_さんの検査は \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日 \_\_\_\_ 時 \_\_\_\_ 分からです。

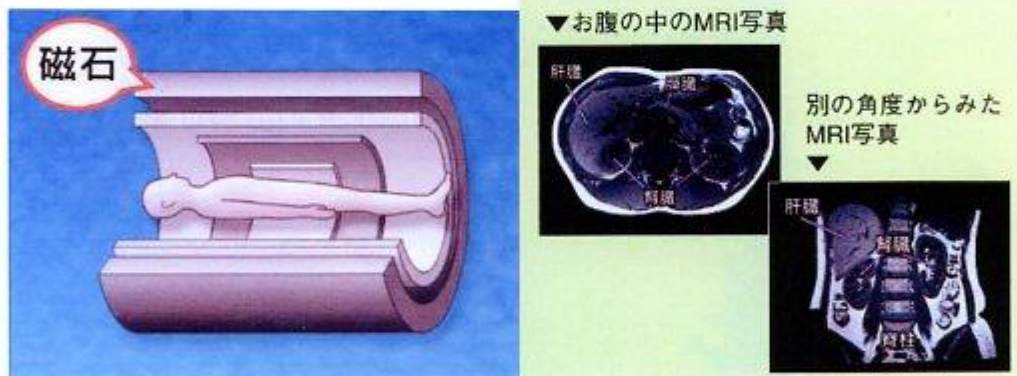
- ( ) 食事は普通で結構です。
- ( ) 朝食は取らずに来院してください。
- ( ) 昼食は取らずに来院してください。

検査の 30 分前には受付を済ませてお待ちください。

予約日に都合が悪くなったら早めに連絡をください。

**MRI 検査を安心して受けていただくために、検査の仕組みと手順についてご説明します。**

MRI 検査とは超伝導磁石が埋め込まれたトンネルの中に体を入れて、磁石と電波の力によって体の中の構造を調べ、コンピューターによって人間の目でわかりやすいような画像に再構成して、体の中を映し出す検査です。



## ★超電導磁石

ヘリウムガスを使用して冷却することにより超伝導状態にして磁石を作ります。リニアモーターカーと同じ原理です。

**使用する磁気や電波は、無害で、体に感じるものではありません**

- 検査による痛みはありません。
- X線は使いませんので、CTと違って被爆はまったくありません。
- 患者さん自身の体の位置を変えなくても、あらゆる角度から、体の中の様子をみることが出来ます。従って検査中に体位を変換する必要はありません。

## つぎのような方は必ずスタッフに申し出てください

### 以下の方は検査を受けることができません

- 心臓ペースメーカー、刺激電極などを装着している方
- 金属製の心臓人工弁を入れてある方
- 脳動脈瘤の手術により、金属クリップを入れている方

### 以下の方は検査を受けられないことがあります

- 人工関節などの金属類を体内に埋め込まれている患者さん
- 閉所恐怖症の患者さん
- じっとしていることが困難な患者さん（小児など）
- 妊娠、または妊娠されている可能性のある患者さん
- 以前に大きな外科手術を受けられたことがある患者さん

### 検査を受ける際

- 身につけている金属類は全て外して下さい。MRI 装置にくっついてとれなくなってしまう。特にピアス・ヘアピン・エレキバンには気を付けて下さい。
- 金属を含んでいる化粧品(ラメ入り)や、アイシャドウは落として下さい。やけどをする危険があります。
- クレジットカード・テレホンカード・定期券などは、MRI 装置から発生している磁気のために使えなくなってしまう。検査室には持ち込まないで下さい。

### 検査のご説明

- 検査用のベッドに仰向けに寝て下さい。体の位置がずれないように固定させていただきます。
- 検査中に異常を感じたときのために、連絡ブザーを持っていただきます。また、検査中は検査室スタッフとマイクを通していつでも会話ができます。同時に直接及びテレビカメラを通じて患者さんの状態を絶えず見ております。
- 検査時間は 20 分から 40 分程度ですが、検査の内容によってはそれ以上かかる場合もあります。
- 体の力を抜いてリラックスして検査をお受け下さい。具合が悪くなった時には、遠慮なくブザーでお知らせ下さい。
- 検査の前にきれいな画像を撮るための注射をすることがあります。

### 検査を始めます

- 検査が始まると装置から「ガーッ」という大きな音がしますが、超伝導磁石から出る音ですから心配しないで下さい

- 検査中は動かないようにして下さい。動いてしまうと写真がぶれてきれいな画像を得ることができなくなり、正確な診断の妨げになります。
- 検査する部分が胸やお腹の場合には、何回かに分けて少し息を止めていただく場合があります。できない方にはスタッフに申し出て下さい。
- 検査の内容によっては造影剤という薬剤を使ってきれいな画像を撮影する必要があります。造影剤には静脈注射・点滴あるいは内服により使用する物があります。また2種類の造影剤を併用することもありますので、スタッフの指示に従って下さい。なお気管支喘息の方は造影できないことがありますので、申し出て下さい。

#### 検査終了後

- 食事・入浴など、日常生活は普段通りで結構です。
- 造影剤を使用された方で、検査後気分が悪くなった場合はすぐ連絡して下さい。(過敏症の可能性がありますので、処置が必要な場合もあります。)
- 検査の結果は専門医が診断いたします。
- 結果の説明は主治医の先生がいたします。指定された日時に来院して下さい。

公仁会 前澤病院 ☎0265-83-2151

# MRI検査依頼票

ID No		外来	病棟	ドック
フリガナ 氏名		撮影技師名		
	男・女			
生年月日	M・T・S・H	年	月	日 ( ) 歳
住所			TEL	
科 依頼医師名:				
紹介医療機関:		紹介医師名:		

検査日	平成 年 月 日 ( )	午前/午後	時	分
入室方法	歩行・車椅子・ストレッチャー			
撮影時連絡:	要	紹介状:	有	
単純・造影・ダイナミック	造影剤名:	使用量	ml	
<b>撮影検査部位</b>				
頭部				
MRA				
胸部	(肺・縦隔・乳房・心臓・その他)			
腹部	(肝臓・胆嚢・膵臓・脾臓・腎臓・副腎・腎~尿路・その他)			
骨盤	(膀胱・前立腺・子宮・卵巣・睾丸・骨格筋・その他)			
上肢	右・左・両 (肩・上腕・肘・前腕・手関節・手・その他)			
下肢	右・左・両 (股関節・大腿・膝関節・下腿・足関節・その他)			
脊椎	(頸椎・胸椎・腰椎・その他)			
その他				
<b>臨床所見・主症状・検査目的</b>				
Transveas: T1, T2, ( ) Sagittal: T1, T2, ( ) Coronal: T1, T2, ( )				
フィルム枚数 半切 枚				

# 造影MRI検査についての承諾書・実施表

## 〈承諾書〉

※以下のどちらかの□に√印をして、ご署名ください。

私は、造影検査についての説明と問診を受け、十分理解しました。その上で

造影剤の使用を承諾します。

造影はできませんので、使用しないでください。

患者様氏名 \_\_\_\_\_

(代理人

続柄

)

## 〈造影MRI 問診〉

1. 今までに造影剤（注射）を用いた検査を受けたことはありますか？

なし  あり ( CT、 MRI、 その他 )

2. その際、副作用が出たことがありますか？

なし  あり：どの様な副作用か、以下に○を付けるか、詳細を記載ください。  
→発疹・吐き気・嘔吐・その他 ( )

3. アレルギー性の病気やアレルギー体質はありますか？

なし  あり：どの様なアレルギーか、以下に○を付けるか、詳細を記載ください。  
→喘息・じん麻疹・アトピー・アレルギー性鼻炎・薬・食べ物・その他  
詳細に ( )

4. 腎臓・心臓・甲状腺などに重い病気がありますか？尿の出は悪くないですか？

なし  あり：どの様な病気が、手術か記載ください。  
→ ( )

5. 体内に金属はありませんか？

なし  あり (入っているもの： )

6. (女性の方へ) 妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？

なし  妊娠の可能性あり  授乳中

## 〈スタッフ記載欄〉

\*問診者（サイン）：

\*腎機能：Cr \_\_\_\_\_ (採血日： 年 月 日)

\*静脈瘤置針留置者（サイン）：

\*刺入部腫脹： なし  あり (程度： )

\*接続の漏れ： なし  あり

\*副作用： なし  あり (程度と対処： )

\*静脈瘤置針抜去者（サイン）：

\*その他記録：