

MRI 検査・造影 MRI 検査【説明書】

●MRI 検査とは

強い磁石と電磁波を用いて撮像する検査です。長いトンネルの中に入って検査します。撮像中は工事現場のような大きな音がします。耳栓をして入っていただきます。検査時間は約 30～60 分です。検査中、痛みはありません。

●検査当日のお食事

腹部の検査の方は、検査の 4 時間前より絶食してください。前夜からの絶食は必要ありません。朝の検査の方は朝食をとらずに、昼の検査の方は昼食をとらずに来院してください。水分は 1 時間にコップ 1 杯程度は取られてもかまいません。ただし、水・お茶に限ります。

薬を飲まれている方で服用が必要な場合は、朝 6 時まで服用をお願いします。(薬についてはかかりつけ医にご相談ください)尚、MRCP (胆嚢・肝臓) の検査の方は、検査 4 時間前より水・お茶等の水分も取らないでください。

●検査室に入る前の準備と注意点

◆次のような金属類は、更衣室のロッカーにしまってください。

・時計、携帯電話、補聴器、磁気カード、銀行カード、クレジットカードなど

※壊れたり、使用できなくなったりする場合があります。

・ヘアピン、アクセサリ (ネックレス、ピアス、指輪など)

・その他の金属を含むもの (外せる入れ歯、エレキバン、使い捨てカイロ、眼鏡、かつら、金属の付いた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど)

◆義肢 (義足、義手)、コルセット、義眼などは検査直前に取り外していただきます。

●その他の注意点

◆以下のものは、含まれる成分によっては発熱し、眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります

・カラーコンタクトレンズ

・アイメイク (アイシャドウ、マスカラなど)

検査当日は、つけずに来院してください

・刺青 (背中、胸、腕、まゆげ、まぶたなど) : 検査中、熱感などの異常を感じたらブザーでお知らせください。

◆磁石を利用した義歯は、MRI 検査後に磁力が低下する場合があります。

造影剤の副作用について(造影剤を使用する方のみ)

◆軽い副作用

吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹など。このような副作用の起こる確率は約 1% (100 人に 1 人) です。また、血管痛や血管から造影剤が漏れてしまうことがあるので、痛みがある場合は看護師や技師にお知らせください。

◆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、入院が必要なこともあります。このような副作用がおこる確率は約 0.05% (2000 人に 1 人) です。非常にまれですが、病状・体質によっては約 100 万人につき 1 人の割合 (0.0001%) で、命にかかわることもあります。

※腎性全身性線維症 (Nephrogenic Systemic Fibrosis: NSF) : Gd 造影剤を投与してから数日から数か月後、時に数年後、皮膚の膨張や硬化、疼痛などにて発症、進行すると四肢関節の拘縮、臓器の線維化などを起こす疾患。リスクファクターは急性腎不全、重度の慢性腎障害、透析患者などである。透析患者では造影直後の透析が進められるが NSF の予防効果は不明である。(参考: 腎障害患者におけるガドリニウム造影剤使用に関するガイドライン: 日本医学放射線学会・日本腎臓学会)

◆検査後の注意点

この造影剤は主に尿から排出されます。水分摂取制限のない方は、検査後しっかり水分をお取りください。

造影剤の副作用は、造影剤投与直後から数分後(検査中、検査直後)に起こりますが、数時間後から数日後に起こる場合もあります。帰宅後数日の間に何か変わったこと(発疹、むくみ、かゆみなど)が起こりましたら、すぐに病院へご連絡ください。

入院中の方は主治医・看護師にお知らせください。

◆その他の注意点

授乳中の方は、この造影剤注入後 48 時間は授乳を中止する必要があります。

MRI 検査・造影 MRI 検査【問診票・同意書】

患者 ID :

患者名 :

生年月日 :

検査日 :

年

月

日

検査前にお知らせください(問診票)

安全に検査を行うために以下の質問にお答えください。

- 心臓にペースメーカー、ICD(埋め込み型除細動器)の有無: [あり (MRI 対応・MRI 非対応)・なし]
※MRI 対応のペースメーカーでも術後 6 週経過していること
- 妊娠している方、又その可能性のある方: [あり・なし]
- 手術で機械弁、人工関節、脳動脈瘤クリップ、避妊リングなどの金属が体内にある方: [あり・なし]
- イレウスチューブが入っている方: [あり・なし]
- 刺青(イレズミ)がある方: [あり・なし]
- 閉所恐怖症の方: [あり・なし]
- 体重: _____ kg
- 貼付剤の記載() ※可能であれば検査予定を、貼替日に合わせて組んでください
検査日は貼替に備え、貼付剤を持参してください

※造影剤を投与する検査を受けられる方のみお答えください。

- 以前の造影検査歴: [あり (□CT、□MRI、□血管造影、□尿路造影)・なし]
またその時に気分不良等異常があれば詳しく記載: []
- 気管支喘息: [あり・なし]
- 腎臓病の有無: [あり (□腎不全、□透析中など)・なし]
腎機能 eGFR 値: _____ Cr 値: _____ BUN 値: _____ (検査日: _____ / _____)
- アレルギー歴: [あり (□アトピー、□アレルギー性鼻炎、□薬剤アレルギー、□食物アレルギー)・なし]
- てんかん、けいれん歴の有無: [あり・なし]

※MRCP(ボースデル使用)の検査を受けられる方のみお答え下さい。

- 消化管の穿孔又はその疑いがある [はい・いいえ]
- ボースデルに過敏症の既往症がある [はい・いいえ]

当日確認 4 時間以内の食事: [有・無]

確認担当:()

医師の記入欄

入院中、本同意により複数回検査する場合があります(薬剤を使わない場合に限る)。
ただし、検査目的が大きく異なる場合は、説明や同意を再取得いたします。
造影剤投与等による重篤な副作用が起こった場合、緊急処置を受けることがあります。
私は現在の病状や MRI 検査について説明を受け、納得しましたので MRI 検査を受けることに同意します。 ※同意はいつでも取り消しを申し出ることができます。

承諾日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

紹介医師

MRI 検査について説明しました _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者または代理人 署名 _____ (続柄 _____)

出水郡医師会広域医療センター 説明医師:

【出水郡医師会広域医療センター 代表電話番号:0996-73-1331】

改定 20250521