

MRI検査の問診・同意書

ID		最新の体重	eGFR
氏名		kg	
検査予定	年 月 日	時 分	

問診・同意書の注意事項

問診日より3ヶ月が過ぎた場合、検査当日に変更が無いかを確認し、確認欄に日付と確認者名を記入してください

確認日（ ） 当日確認者（ ）

安全に検査を受けていただくために、以下の質問について正確にご記入いただきますようお願いいたします。
該当するものがあれば□にチェックしてください

1. 今までにMRI検査を受けたことがありますか ☐ いいえ ☐ はい

2. 以下の項目に該当するものはありますか ☐ いいえ ☐ はい

- ☐ 心臓ペースメーカー
- ☐ 植込み型除細動器
- ☐ 人工内耳
- ☐ 神経刺激装置
- ☐ 骨成長刺激装置
- ☐ インシュリン注入ポンプ

3. 以下の項目に該当するものはありますか ☐ いいえ ☐ はい

- ☐ 脳動脈瘤クリップ
- ☐ 人工心臓弁
- ☐ 血管グラフト
- ☐ 静脈フィルター
- ☐ スtent
- ☐ 植込み型心電図レコーダ
- ☐ リプレセンサー
- ☐ 人工関節
- ☐ 体内金属（ ）
- ☐ 圧可変式V-Pシャント
- ☐ 膀胱留置カテーテル
- ☐ 義眼
- ☐ 補聴器
- ☐ 取り外し可能な義歯
- ☐ コンタクト
- ☐ 刺青
- ☐ アートメイク
- ☐ 妊娠の可能性
- ☐ 閉所恐怖症

4. 今までに金属アレルギーといわれたことがある ☐ いいえ ☐ はい

以下の項目は造影MRIを受ける方のみお答えください

5. 今までにMRI検査の造影剤で副作用が出たことがありますか ☐ いいえ ☐ はい

6. 腎臓の働きが悪いといわれたことがある ☐ いいえ ☐ はい ☐ 透析中

7. 喘息やアレルギーの病気はありますか ☐ いいえ ☐ はい

松山赤十字病院院長殿

私はMRI検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項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。

承諾日： 年 月 日

患者氏名

署名

代理人氏名（続柄）

署名

（続柄 ）

上記2～7の問診において□いいえ以外にチェックがあり検査を行う場合は、必ず検査OKにチェックしてください

☐ 検査OK

確認日： 年 月 日

医療機関名

医師名

MRI検査の説明と注意点

今回実施するMRI検査は、強力な磁場と電磁波を使用して、身体の断層像を撮像し、病気の診断を行う検査です。強力な磁場を使用するため、特別な注意が必要です。

<MRI検査の注意点>

体内および体外の電子機器はMRI検査によって破損や誤作動を起こすことがあります

体内に金属がある場合、画像のゆがみにより十分な検査ができないことがあります

入れ墨やアートメイクは火傷や変色の可能性があります

妊娠初期（14週未満）の方は十分な安全が確認されていないため注意が必要です

検査中は緊急呼び出しブザーをお渡しします。気分不良や異常を感じられましたら、ブザーを押してお知らせください。

****金属類、精密機械（携帯電話、腕時計、補聴器等）はMRI室には持ち込めません
持ち込んで故障などが生じた場合の責任は一切負えませんのでご了承ください****

<造影剤の副作用>

軽度の副作用（発生頻度 0.2～0.1%程度 500～1000人につき1人）
吐き気・かゆみ・発疹・頭痛など特に治療を要しない事が多い

重度の副作用（発生頻度 0.005%程度 2万人に1人）
血圧低下・呼吸困難・意識障害などにより治療が必要

非常に低い確率で死亡に至った例もあります（0.0001% 100万人に1人）

造影剤が血管外に漏れ、注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります

当院では、検査時の副作用に対して万全な体制を整えて、検査を行っています。もし検査中異常を感じたら、ためらわず直ぐにスタッフにおっしゃってください。

(お知らせ)

同意の意思、日時、場所、署名が記載された同意書の原本は、松山赤十字病院にて保管いたします。
同意書原本（写）が必要な際は、病院職員までお声掛けください。

MR I 検査を受けられる方へ

【MRI検査とは】

MRIは強い磁石と電磁波を使って、身体の内側の状態を診る検査です。検査は狭いトンネルの中に入り、大きな音のなかで行います。(音はヘッドホンや耳栓で軽減いたします。)
通常の検査時間は約20分程度で、検査中は体を動かさない様にしてもらいます。
MRI検査を安全に行うために、以下の注意事項をお読み下さい。

【MRI検査の注意事項】

★MRI検査は強力な磁気を使用する検査ですので、金属類には特別な注意が必要です。

1. 以下に該当する方は検査が出来ない事があります。

※事前にお知らせ下さい。

- 体内および体外に電子機器のある方
(心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)、両心室ペースメーカー(CRT)、人工内耳、インスリンポンプ、神経刺激装置、脊柱管内リード線、脊髄刺激装置)
- 体内に手術や事故等で金属類の存在する可能性のある方
(インプラント、ステント、脳動脈クリップ、圧可変式V-Pシャント、刺青、アートメイク等)
* 刺青はやけどや変色の可能性があります。
- 妊娠初期(14週未満)の方
- 閉所恐怖症の方

2. 以下の該当するものを付けている方は検査が出来ないことがあります。

※事前に取り除いて頂きます。

- 酸化鉄が含まれているアイメイクや増毛スプレーを使用の方。
* 化粧品のなかに金属を含んでいるものがある為、化粧を落としていただくことがあります。特にアイシャドウ・マスカラの使用はお控えください。また、一部の増毛スプレーにも酸化鉄を使った物がありますので検査当日はお控えください。

3. 以下に挙げるものは、検査室に持ち込めません。

※事前に取り外して頂きます。

＜持ち込んだ場合破損するもの＞

- 精密機械：携帯電話、腕時計、補聴器など
- 磁気・ICカード：(クレジットカード、キャッシュカード、電子マネーカードなど)
- DIBキャップ(膀胱留置カテーテルのキャップ)
* 磁気製品のため、プラスチック製品等への変更が必要となります。

＜画像がゆがんだり、やけどを起こす可能性があるもの＞

- 金属類：入れ歯、義眼、ヘアピン、ネックレス、指輪、ピアスなど
- 湿布、エレキバン、使い捨てカイロ、発熱繊維の肌着ヒートテックなど
- コンタクトレンズ(検査当日はケースをご持参いただくか、眼鏡をご使用下さい。)

* 上記の金属類、精密機械などを検査室内に持ち込み、故障した場合の責任は一切負いませんのでご了承ください。また持ち込みにより医療機器などに重大な損傷を与えた場合は、損害賠償の責任が生じる場合がございますのでご注意ください。