

全科共通

## MRI 検査説明書 (造影)

0001

検査名 MRI 検査 (造影)

今回あなたが受けられる検査は MRI (磁気共鳴画像) です。磁石と電磁波を使って、トンネルのような筒に入って検査します。検査が受けられない場合 (心臓ペースメーカーや人工内耳の埋め込み、カプセル内視鏡の検査中の方)、検査に注意が必要な場合 (心臓弁置換術や脳動脈クリップ術など体内に金属を留置する手術等をされた方)、検査を避けたほうがよい時期 (妊娠中あるいはその可能性がある場合—妊娠週数に応じます。または血糖を測る機器を身に付けている場合) もありますので、当てはまる方はお知らせください。

### ●造影剤を使用するにあたり

MRI の目的により、造影剤を使用しなくても十分な情報が得られることはあります。ただし、造影剤により病変の有無や血管の状態、臓器・病変の血流状態等の更に多くの情報が得られると判断した場合に造影剤を使用します。

造影剤を使用した検査を希望されない場合は主治医にお申し出ください。

### ●MRI 検査で使用する造影剤・薬剤

静脈注射で注入します。

- 1) ガドリニウム造影剤 (ガドピスト・プロハンス)
- 2) 肝細胞特異性を有するガドリニウム造影剤 (プリモピスト) ※ビリルビンが高値の方は使用不可。
- 3) 鉄イオン含有製剤 (リゾピスト) ※鉄過敏症・鉄過剰症・鉄製剤を摂取している方は使用不可。
- 4) 消化管の動きを抑制する薬剤 (セスデン) ※心疾患・緑内障・甲状腺疾患・前立腺肥大の方は使用不可。

### ●造影剤を使用する上での注意事項

以下に該当する方は、造影剤が使用できない場合がありますので、必ず主治医にお申し出ください。

- 1) 腎臓の働きが著しく低下している方、透析中の方
  - 2) 喘息 (ぜんそく) がある方、以前喘息の治療を行っていた方。
  - 3) 今までに造影剤を使用して、アレルギー症状 (発疹や体調不良などの副作用症状) があつた方
- ※その他、アレルギー体質の方や当日体調不良の方など、気になることがありましたらお申し出ください。

### ●造影剤の副作用

- 1) 軽い副作用 (1~3%、100 人に 1 人の割合)

【吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹・喉の違和感など】特に治療を要しないことが多いです。

- 2) 重い副作用 (0.01~0.03%、10000 人に 1 人の割合)

【呼吸困難・意識障害・血圧低下など】治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。

※入院や手術が必要な場合があります。

※極めてまれに死亡する (0.0001%、100 万人に 1 人の割合) こともあります。

何か違和感を感じる事があれば、近くにいる医師・技師・看護師にすぐにお知らせください。

帰宅後では、副作用の頻度は下がりますが、この様な症状があらわれた場合は下記連絡先（病院代表）へ お電話ください。また、何かお気づきの点やご不明な点がございましたら、放射線部へご相談ください。

夜間、休日などの時間外の場合は救急外来で対応いたします。

### ●胆嚢、膵臓の検査を受けられる方

検査前の飲食により、胆嚢や膵臓が見にくくなってしまいます。そのため、検査予約時間の3時間前より飲食は控えてください。ただし、少量の水分（水とお茶に限る）は摂っていただいてもかまいません。

### ●検査当日の注意

- 1) 感染対策のため、患者様にはマスクを着用して撮影を実施させていただきます。当日は鼻の部分に針金が入っていないマスクをご持参ください。
- 2) 事前に問診票がお手元にある方は、記載の上、お持ちください。
- 3) 閉所が苦手な方は、受付時にお申し出ください。
- 4) 過去に手術を行い、体内に金属を留置されている方は、問診票に記載するか、受付時にお申し出ください。
- 5) マグネットネイル、ヘアピン、エレキバン、入れ歯、補聴器、アクセサリ、腕時計、ホッカイロ等の金属類は外してください。化粧（特にマスカラ）・増毛パウダーは避けてください。
- 6) イレズミ、アートメイクがある場合は火傷をする危険性があるため、問診票に記載するか、受付時にお申し出ください。また、カラーコンタクトをされている方は検査前に外していただきます。
- 7) 検査中は装置から大きな音が鳴るため、原則耳栓をしていただきます。適切に耳栓をしない場合に、難聴になることもありますので、検査中、音が大きく感じる場合はお申し出ください。
- 8) MRI 装置は複数ありますが、撮影する内容・体内金属・患者様の状態により、撮像装置が限定されることがあります。このため、検査の順番が前後し待ち時間が発生することがありますが予めご了承ください。
- 9) 骨盤部（子宮・卵巣・膀胱・直腸など）を検査する女性の方で生理中の場合、検査時に月経カップ・タンポンの使用はお控えください。

上記の説明を受け、内容に同意される場合には、別紙同意書に署名の上ご提出ください。

|     |        |      |               |                       |
|-----|--------|------|---------------|-----------------------|
| 連絡先 | 聖隷浜松病院 | 放射線部 | 08:30 ~ 17:00 |                       |
|     |        | 救急外来 | 17:00 ~ 08:30 | TEL053-474-2222（病院代表） |



氏名 様  
 生年月日 西暦 年 月 日  
 I D  
 検査日 西暦 年 月 日  
 診療科

実線の内側をご記入下さい

記入日： 年 月 日

年齢( )歳 体重( )kg

|                                              |     |     |                                                             |
|----------------------------------------------|-----|-----|-------------------------------------------------------------|
| ① 心臓ペースメーカー・人工内耳・カプセル内視鏡が体内にありますか            | いいえ | はい  |                                                             |
| ② 体内に金属が埋め込まれていますか                           | いいえ | はい→ | 内視鏡クリップ・義眼・金属片・人工弁<br>人工関節・VNS・動脈瘤クリップ<br>冠動脈ステント・血糖測定器・その他 |
| ③ 右記の歯科治療がありますか                              | いいえ | はい→ | 歯科インプラント・ブリッジ・入れ歯・矯正                                        |
| ④ 刺青・アートメイク・置き針・カラーコンタクト<br>マグネットネイル がありますか  | いいえ | はい  |                                                             |
| ⑤ 手術を受けられた事がありますか                            | いいえ | はい→ | 手術の部位 ( )                                                   |
| ⑥ MRI 検査を受けた事がありますか                          | いいえ | はい  |                                                             |
| ⑦ 狭い所に入って気分が悪くなった事がありますか                     | いいえ | はい  | アイマスク 要 ・ 不要                                                |
| ⑧ 今どこか痛いところがありますか                            | いいえ | はい→ | 痛いところ ( )<br>痛みは0～10の間でどのくらいですか<br>0 5 10                   |
| ⑨ 4ヶ月以内に転倒転落をしましたか                           | いいえ | はい→ | いつ頃ですか ( )                                                  |
| 【造影剤を使用するにあたって】                              |     |     |                                                             |
| ⑩ 喘息（ぜんそく）と言われた事がありますか                       | いいえ | はい→ | 最終発作 ( ) 才<br>「現在」 ・ 治療なし ・ 治療中                             |
| ⑪ 腎臓（じんぞう）が悪いと言われた<br>ことがありますか               | いいえ | はい→ | 現在透析中ですか<br>いいえ はい                                          |
| ⑫ 造影剤（ぞうえいざい）を使って<br>画像検査を受けた事がありますか         | いいえ | はい→ | MRI・CT・その他 ( )                                              |
| ⑬ 造影剤を使用して気分が悪くなったり、<br>蕁麻疹（じんましん）が出た事がありますか | いいえ | はい→ | ・様子を見た<br>・治療を受けた ( )                                       |
| ⑭ アレルギー体質と言われた事がありますか                        | いいえ | はい→ | 食物 ・ 薬剤 ・ アトピー ・ 花粉症<br>その他 ( )                             |
| ⑮ 抗凝固剤（血液をさらさらにする薬）<br>を内服していますか             | いいえ | はい  |                                                             |
| 【腹部の検査を行うにあたって】                              |     |     |                                                             |
| ⑯ 心臓・脈の病気はありますか                              | いいえ | はい→ | 心筋梗塞・狭心症・心肥大・不整脈<br>心不全・その他 ( )                             |
| ⑰ 緑内障（眼圧が高い）と言われた事がありますか                     | いいえ | はい→ | ・治療中 ・経過観察中                                                 |
| ⑱ 甲状腺の病気はありますか                               | いいえ | はい→ | 病名 ( )                                                      |
| 【男性の方へ】                                      |     |     |                                                             |
| ⑲ 尿が出にくい、または前立腺肥大と<br>言われた事がありますか            | いいえ | はい→ | ・尿が出にくい ・前立腺肥大                                              |
| 【女性の方へ】                                      |     |     |                                                             |
| ⑳ 妊娠の可能性はありますか                               | いいえ | はい→ | 妊娠 ( ) 週                                                    |

特記事項（医療従事者記載）

・穿刺部位 ( ) ・注射による合併症 □なし □あり (カテ参照)  
 ・実施者 ( ) ・造影剤による副作用 □なし □あり (カテ参照)

⑩、⑪、⑬について放射線科医師 ( Dr. ) 確認済 □ (確認者: )