

MRI 検査を受けられる方へ 【問診票】



I D 名前・生年月日 性別 検査日 検査部位	●MRI 検査は大きな磁石の中に体を入れ、体各部の断層像を見るものです。通常のX線検査とは異なりますので、検査の前に下記の問診にお答え記入してください。 ●本人が記入出来ない場合は、代理人の方に記入してもらってください。わからないことについては、担当医師・看護師・放射線技師にお尋ねください。	
1	今までにMRI 検査を受けたことはありますか	(はい ・ いいえ)
2	今までに大きな「病気」や「手術」を受けたことがありますか (ある)と答えた方は具体的に []	(はい ・ いいえ)
3	心臓にペースメーカーを使用していますか	(はい ・ いいえ)
4	身体の中に手術等により金属が入っていますか、入っているとされたことがありますか (手術クリップ・脳動脈クリップ・クランプ・骨折用プレート・ピン・胸骨ワイヤー・人工骨頭・人工関節・人工内耳・人工弁・血管撮影後のステント・コイル・脳神経(脊髄・骨成長)刺激装置、脳室腹腔短絡術(VP シャント)等 (ある)と答えた方は具体的に []	(はい ・ いいえ)
5	義眼を使用されていますか 可動型義眼ですか	(はい ・ いいえ)
6	過去に脳神経(脊髄・骨成長)刺激装置等を使用していましたか	(はい ・ いいえ)
7	義歯を使用されていますか	(はい ・ いいえ)
8	マグネット付き義歯・歯科インプラントを使用されていますか	(はい ・ いいえ)
9	入れ墨・アートメイクはありますか ※この検査で、入れ墨の柄に予測不能な変化があってもよろしいですか	(はい ・ いいえ)
10	身体の中に手術以外で金属が入っていますか、入っているとされたことがありますか (事故・怪我・金属製避妊リング・戦争による金属片・耳つぼダイエット等)	(はい ・ いいえ)
11	眼の中に事故や怪我などで金属片が入ったことがありますか	(はい ・ いいえ)
12	閉所恐怖症(狭いところに長時間じっとしてられない)ですか	(はい ・ いいえ)
13	女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか	(はい ・ いいえ)

■ 上記 1~12 について確認しました。MRI 検査を行ってください。

	確認者	医師名	印
14	補聴器を使用されていますか		(はい ・ いいえ)
15	心臓の病気があると言われたことがありますか <input type="checkbox"/> 不整脈・ <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・ <input type="checkbox"/> 狭心症		(はい ・ いいえ)
16	経皮吸収パッチ(ニトログリセリンパッチ等)を使用されていますか		(はい ・ いいえ)
17	最近、てんかんの発作を起こしたことがありますか		(はい ・ いいえ)
18	普段、身に付けていますか、下記の項目は検査時に使用できません <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ <input type="checkbox"/> 保温性または遠赤外線下着等 <input type="checkbox"/> 耳つぼダイエット <input type="checkbox"/> アクアセル Ag 等		(はい ・ いいえ)
19	グルコースモニタシステム：リブセンサー等を使用されていますか		(はい ・ いいえ)
20	体重を記入してください		(kg)
		問診者	

氏名：

記入日

年 月 日

代理人(続柄・代筆者) _____

当日確認① _____ ② _____

MRI 検査を受けられる方へ

ID 名前

■ MRI 検査とは

MRI は、Magnetic Resonance Imaging（磁気共鳴画像）の略です。強力な磁石と電波を使って体の内部の状態を診る検査です。狭いトンネルの中で検査をします。

検査中、「ドンドン」「コンコン」という大きな音がしますが、磁場の高速切替えのために振動している音です。心配いりませんので、動かないで静かに横になってください。画像にしています。

病変を詳しく診るために、腕の静脈から、ガドリニウム造影剤という薬を注射しながら撮影することがあります。検査室は強い磁力が発生している管理区域です。診療放射線技師の指示に従ってください。

■ 検査にかかる時間

通常の検査時間は、20 分～60 分程度です。また呼吸を止めていただく検査の場合もありますので、その時間は、15～17 秒前後です。

詳しく診たい場合には撮影回数を増やしガドリニウム造影剤を注射する場合がありますので、検査の目的と内容にもよりますが、呼吸については数回指示をいたします。

★ 禁忌事項：次に該当する方は、検査ができない場合があります。事前にご確認ください。

- ・ペースメーカーや除細動器を装着している。（検査室への入室禁止および、検査はできません。）
- ・手術や外傷で人工関節、脳動脈クリップなどの金属が体内にある方。（医師の許可が必要です。）
- ・妊娠、又は妊娠している可能性がある。
- ・可動型義眼を使用されている方。
- ・刺青のある方および、閉所恐怖症など狭い所が苦手な方。
- ・過去に、ガドリニウム造影剤に対する過敏症（かゆみ、はきけ）があった。

2024.4

■ 注意事項について

来院前	検査当日の食事や水分、服薬は普段どおりとっていただいてもかまいません。 検査内容によっては食事を控えていただくことがあります。あらかじめ指示をいたします。 【検査前の食事】 □ 食事は通常どおり □（朝、昼）食はとらないでください □ 水分（可、不可） 【検査前の服薬】 □ 通常どおり □（ ）の服薬はできません
当日の来院時	当日は、受診科（ブロック）に診察券を提出して検査 15 分前までに受付を済ませてください。入院の方は、連絡があるまで病室でお待ちください。尚、あらかじめトイレを済ませておいてください。 お化粧品等（マスカラ、アイシャドー、アイライン、眉毛、ファンデーション、その他 UV ケア、デオドラント、ネイル等）は場合により、皮膚に炎症を起こすことがありますので、すべて落としてください。 車椅子やストレッチャーをご使用の方は、MRI 専用（非磁性体）の車椅子やストレッチャーに乗り換えてもらいます。携帯用酸素ボンベは持ち込めません。 （検査時間は大まかな目安です。多少前後することがありますので、ご了承ください。） かみいち総合病院以外の病院又は、医院からのご紹介で検査に来られた方は、北館 1 階の総合受付に紹介状を提出してください。
検査前	検査着に更衣することが必要な場合があります、スタッフの指示に従ってください。 ★検査前に必ず外していただきたいものの例 鍵（車のキー等）、ヘアピン、安全ピン、入れ歯、マグネット付義歯、クリップ、ベルト、メガネ、ネックレス、イヤリング、ピアス、指輪、金属が付いている下着（ブラジャー、スリッパ）磁石の付いている下着、硬貨、エレキバン、カイロ、針、ライター等の金属類および 経皮吸収パッチ（貼り薬、ニトリグリセリンパッチ、ニコチンパッチ等）、リブレ、ワイヤー入りマスク。 時計、補聴器、携帯電話等の精密機械や、クレジットカード、キャッシュカード、テレホンカード等の磁気記録器具は、使用不可能になりますので検査室に持ち込まないでください。 遠赤外線、保温性の高い衣類（商品名ヒートテック）等の下着は脱いで下さい。 コンタクトレンズの使用は問題ありませんが、カラーコンタクトは使用できません。
検査中	検査用ベッドに仰向けに寝た状態で検査を行います。検査そのものは痛みを伴いませんが、検査中は動かないでください。 息止めが必要な場合は合図をいたしますので、それに合わせてください。検査中は担当する技師と話しができませんので、何かあれば声をかけてください。
検査後	食事など、特に注意していただくことはありません。造影剤を使用した場合は、水分をいつもより多くとるようにしてください。お薬は尿から排出されます。 検査結果は主治医から説明があります。★検査の結果を必ず聞いてください★ 本院以外の医療機関から来られた方は、撮影した画像（CD-R）をお渡ししますので、検査終了後しばらくお待ちください。

※ 検査や治療の内容によって手順が異なることがあります。主治医やスタッフからお話された内容をご確認ください。
検査に対するお問い合わせ、または予約の変更などの連絡先 かみいち総合病院（076-472-1212）

造影剤を使用される患者さんへ

名前 ・ 生年月日

MRI（ガドリニウム造影剤）

性別

検査日

検査部位

- 当病院では病気の存在や病気の性質を正確にみるために、主治医が必要性を判断した上で造影剤を使用します。

造影剤は主として静脈注射しますが、検査内容によって投与経路が異なります。

- 造影剤には少数例ながら過敏症が認められ、どのような方に過敏症が生じやすいか、かなり明らかとなっています。

副作用として軽度なものではじんましん、発汗、悪寒、嘔吐、めまい、頭痛がありますが、重篤なものではショックに至るものも報告されています。しかし、ショックは報告でも極めて頻度が低く、不測の場合に備えて各検査室では常に過敏症に対する万全の準備を整えています。

- 医師が造影剤の使用の判断をする参考にするため、以下の問診票にご記入をお願いいたします。

また、造影剤の使用について同意いただける方は署名をお願いします。代理人の方でも構いません。わからないことがありましたら担当者に相談してください。

改訂 2023.12

問 診 票

○をつけてください

1. 以前に造影剤を使用した検査を行ったことがある。	(はい ・ いいえ)
2. 以前に造影剤を使用され、気分が悪くなったり、じんましんが出たことがある。 その他の副作用が出たことがある。	(はい ・ いいえ) 検査名 ()
3. 甲状腺の病気を指摘されたことがある。	(はい ・ いいえ)
4. 気管支喘息や薬剤による、じんましん等、アレルギー疾患（アレルギー性鼻炎も含む）と言われてる。	(はい ・ いいえ)
5. 腎臓の機能が悪いと言われたことがある。（クレアチン値参照）	(はい ・ いいえ)
6. 妊産婦、あるいは授乳中である。	(はい ・ いいえ)
7. 血管の場所がわかりづらいと言われたことがありますか。	(はい ・ いいえ)
8. その他、造影剤の使用に心配なことがある。 内容 ()	(はい ・ いいえ)
問診者	

- 検査にて使用されることが予想される造影剤の説明を受け、十分に理解したので、(MRI 検査) で造影剤を使用することに、《 同意します。 ・ 同意しません。》 どちらかに○をつけてください。

医師： _____

氏名： _____

当日確認① _____

代理人(続柄・代筆者) _____

当日確認② _____

記入日 年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

- なお、検査後しばらくして（多くは2日以内）症状が出る場合がありますので、その際は遠慮なく診療科（時間外では当直）へ連絡してください。検査後に報告されている造影剤の副作用は吐き気、嘔吐、じんましん、かゆみ、めまいです。

連絡先： kamiichi総合病院 076-472-1212