MRI 検査問診票・同意書

※検査当日持参

氏名　　様　　性別：　男　・　女

生年月日：西暦　　年　　月　　日

確認医師　　（検査が可能であると判断します）

◆検査を安全に行うために、下記の質問に対して、はい・いいえ に〇印でお答えください。

1 は「はい」の場合、検査を受けることができません。

1.以下のような体内留置装置、金属はありますか

□心臓ペースメーカー　□植込み式除細動器　□可変圧式バルブシャント

□人工内耳　□神経刺激装置などの体内電子装置　（　いいえ　・　はい　）

2～4 は「はい」の場合、貴院にて撮影可否の確認をお願いいたします。

2.手術等で体内に金属が入っていますか

□脳動脈クリップ　□心臓人工弁　□冠動脈ステント　□インスリンポンプ

□その他（　　）　（　いいえ　・　はい　）

3.入れ墨・アートメイクをしていますか　（　いいえ　・　はい　）

4.妊娠中または妊娠の可能性がありますか（女性の方のみ）　（　いいえ　・　はい　）

→「はい」に該当する場合、医師の撮影許可を得ていますか　（　いいえ　・　はい　）

5～9 は「はい」の場合、検査時に外していただきます。

5.貼り薬を貼っていますか（湿布薬・ニトロダーム・ニコチネル・ニュープロパッチなど）

（　いいえ　・　はい　）

6.持続血糖測定器（リブレなど）を貼っていますか　（　いいえ　・　はい　）

7.入れ歯（取り外せるものや、磁石式のもの）をしていますか　（　いいえ　・　はい　）

8.補聴器をしていますか　（　いいえ　・　はい　）

9.カラーコンタクトレンズや、瞳を大きく見せるコンタクトレンズをしていますか

※通常のコンタクトレンズ（透明・薄い水色など）は大丈夫です　（　いいえ　・　はい　）

10.閉所恐怖症ですか　（　いいえ　・　はい　）

・検査前に着替えをお願いいたしております。貴重品は鍵付きのロッカーに保管してください。
万一これらのものを身に付けて破損した場合の責任は負いかねますのでご注意ください。
・主治医から検査の説明を受けたうえで同意し、間違いが無ければ署名をお願いいたします。
ご本人が記入できない場合は、代理の方の署名をお願いいたします。

西暦　　年　　月　　日

署名（本人または代理人）　　続柄（　　）

（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

MRCP 検査 問診票・同意書

※検査当日持参

◆MRCP 検査は、主に胆嚢・膵臓を撮像する検査です。
検査直前に液体の造影剤を服用していただきます。造影剤を使用する事により、病気の状態がより正確に把握する事ができます。造影剤は服用後 48 時間で、ほぼすべてが糞中に排泄されます。

◆造影剤を服用すると、まれに副作用を起こすことがあります。
服用における副作用の種類は次の様なものです。

過敏症　：　発疹・蕁麻疹
消化器　：　軟便、下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、胸やけ
精神神経系：　眠気、頭痛

ほとんどの症状は軽度で一時的なものが多く、自然に軽快するのが通常ですが、ごくまれに重篤な副作用が出る可能性があります。その場合は処置を行うことがあります。

◆検査前の絶食について
検査 4 時間前より、食事はお控えください。
（脱水予防の為、少量の水・お茶の飲水は可能とします。牛乳、ジュースは不可。）

◆次の場合は造影剤を使用できません。
・過去に MRCP 造影剤を服用し、アレルギー症状が出たことのある方
・消化管穿孔やその疑いのある方
・妊婦又は授乳中の服用に関する安全性は確立しておりませんので、主治医とご相談ください。

【 問 診 票 】

1.ボースデル内用液を用いた検査を受けたことがありますか　無・有
2.その際、副作用はありましたか　無・有（症状:　　）
3.消化管穿孔又はその疑いがあると言われたことがありますか　無・有
4.水分の摂取に制限をされていますか　無・有
5.現在、妊娠の可能性がありますか（女性の方のみ）　無・有
6.現在、授乳中ですか（女性の方のみ）　無・有
7.現在、以下の薬を使用していますか　無・有

□テトラサイクリン系経口抗生物質
□ニューキノロン系経口抗菌剤
□セフジニル

説明医師署名　　（MRCP 検査が可能であると判断します）

【 同 意 書 】

私は MRCP 検査を受けるにあたり、説明を受けて検査の目的や危険性について了解しましたので
検査を受けることに同意します。同時に副作用や合併症がおこった際の処置を受けることも併せて同意します。

署名日：　　年　　月　　日

体重：　　kg

署名（本人または代理人）　　続柄（　　）

（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

検査説明書：MRI検査を受けられる患者さんへ

1. MRI検査とは

・強力な磁石と電波を利用して体内の臓器や血管の画像を得る装置です。
・放射線による被ばくの心配はありませんが、強い磁石を使うため、検査特有の制限や注意事項がありますので、以下の説明をよくお読みください。

2. 検査を受ける前に

◆以下に該当する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・人工内耳・植込み型除細動器・心外膜ペースワイヤ・生命維持装置が体内にある。
・仕事・事故・戦争などで、体内に金属片が入っている可能性がある。

◆以下に該当する方は検査を受けられない場合があります。
・手術クリップ・ステント・人工弁・人工関節・埋め込みボルト等で材質不明なものが体内にある。
・妊娠中である。（14週未満はMRI検査を極力避けることが望ましいです。）
・安静保持困難な方。
・シャントバルブが体内にある。（検査終了後にバルブの調整が必要な場合があります。）
・閉所恐怖症の方（直径約50cmのトンネルの中に入って検査します。）

3. 検査の注意点

・腹部、骨盤部の検査をお受けになる方は、検査4時間前より絶食して下さい。
・水やお茶は少量であれば飲んでも構いません。（牛乳、ジュースは不可）
・膀胱の検査を受けられる方は、尿を貯めた状態でお越しください。

4. 検査の特徴

・検査の所要時間は30～60分程度ですが、検査内容や検査部位などにより異なります。
・大きな音がします。ヘッドホンや耳栓を用意していますが、音を完全に消すことはできません。
・検査部位によっては、息止めを行う場合があります。
・検査室に入る前に、問診と金属探知機によるチェックを行います。安全のためご協力ください。
・検査室内は機器冷却のため、気温が低くなっています。
・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。

5. 検査当日について

・金属類や貴重品は検査室内に持ち込めません。ロッカーをご用意しておりますが、盗難防止のため必要以上の貴重品は持参しないでください。
・次の物は強力な磁場により機器への吸着、物品の破損へとつながります。そのためすべての物を取り外し、検査着へ着替えていただきます。

時計、携帯電話、補聴器、磁気カード類、鍵、クリップ、小銭、万歩計、安全ピン、ヘアピン、アクセサリー、かつら、ベルト、コルセット、入れ歯、マグネット式義歯、スマートバンド、金属のついた衣類・下着、発熱素材の下着、カイロ、湿布、エレキバン、ホルター心電図、バルーンカテーテルのマグネットキャップ、インスリンポンプ、 持続血糖測定器、金属を含む貼り薬（ニコチネル・ニュープロパッチ・ニトロダーム）など

・アイシャドウやマスカラなどは控えて下さい。またカラーコンタクトレンズ・瞳を大きくみせるコンタクトレンズには金属を含む製品がありますので、あらかじめ取り外してください。
・入れ墨・アートメイクは火傷を起こしたり、色褪せたりする可能性があります。
・検査当日はMRI検査問診票・同意書を必ずお持ちください。お忘れの方は検査をできかねます。
・来院受付を済ましたうえで、予約時間の30分前には放射線科受付にお越しください。なお、当院の診察券がない場合は受付に時間を要するため、余裕をもって来院ください。
・緊急を要する方の撮影を優先させていただく事があります。このため順番が前後する場合や予約時間を過ぎる場合があることをご了承ください。

大阪医科薬科大学三島南病院放射線科　2023年7月改訂