



検査オリエンテーション用紙

MRI 造影検査 を受けられる方へ

名前：	様	予約時間	年	月	日
		< 午前・午後 > :			
当日は					
< 午前・午後 >		:	までに 放射線科受付へお越しください		
◇◆◇ 検査予約票・MRI説明用紙&同意書・検査確認票造影剤確認票					
造影剤確認票・造影剤説明用紙&同意書 をお出しください					

検査の目的

身体を輪切りにした状態の断層撮影を行い病変の有無を調べます。

所要時間

15分～60分

検査場所

放射線科

食事について

午前検査
(12:30までの検査)

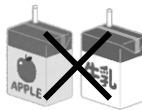


前日の 21 時から検査が終わるまで食べることができません

水分について



水やお茶は検査前でも飲めます



ジュースや牛乳(脂肪分を含む飲料)は飲まないでください

お薬について

●検査依頼医師の指示に従ってください。

注意事項

● 磁気を使用した装置の為、金属類を持ち込むことができません。説明書をご覧ください。

● 金属のついたお洋服(ファスナーなど)やワイヤー入りの下着は検査に影響が出ますので避けてください。

検査について不明な点や、検査後に体調の変化等ございましたら遠慮なく右記までお尋ねください。

留萌市立病院 患者支援センター

電話：0164-49-1011(内線1030)

* 開始時間が状況により前後することもありますのでご了承下さい。

* 予約時間に来院できない場合はご連絡ください。

造影剤を安全に使用するために（CT・MRI共用）

造影剤とは、画像診断検査に用いられる薬剤のことです。

造影剤を使用することにより、病変の存在や性状等がより詳しく描出されます。

画像診断には欠かすことのできない造影剤ですが、副作用を起こすことがあるため、注意が必要です。

副作用

検査中から検査後数日まで、まれに副作用があります。

検査中	CT・血管造影等 (ヨード系)	MRI (ガドリニウム系)	症状等
軽症	100人～200人に1人	ヨードの 10分の1	吐気・嘔吐・頭痛・めまい・じんましん・発疹・咳など
重症	1万人～2万人に1人		ショックやアナフィラキシー様症状(呼吸困難・血圧低下)
死亡	40万人に1人		世界的統計です
検査後	じんましん等の皮膚症状・吐気・頭痛など		

造影剤の排泄

24時間でほぼ全量尿中に排泄されます。水分を多く取ると尿量が増え、排泄が早まり副作用の予防となりますので、検査後水分制限をされていない場合、十分に水分を取るよう心掛けてください。(目安:約500ml)

注意事項

以下の方は、副作用発生の確率が高い報告があります。
検査依頼医師にご相談ください。

- 患者様本人、または血縁者にぜんそくやアレルギー体質の人がいる。
- 以前、造影剤を使用した際に副作用(吐気など)があった。
- 次に挙げる病気がある(ヨード系造影剤の場合)
甲状腺疾患 ・ 急性膵炎 ・ マクログロブリン血症 ・ 多発性骨髄腫 ・ テタニー
- 糖尿病薬(ビグアナイド系)を服用している方は、検査依頼医師にご相談ください。(ヨード系造影剤の場合)
(乳酸アシドーシスの恐れがあります)
- β ブロッカーを使用している方は、検査依頼医師にご相談ください。

<検査依頼施設記入>

患者氏名：

さんに対し、上記について説明を行いました。

医療機関名：

検査依頼医師：

<患者記入>

造影剤検査の目的や内容についての説明等を受け、納得しましたので、造影剤の使用に同意します。
また、検査中予期しない緊急状況が発生した場合には受託先医師が必要とした処置を行うことにも同意します。

患者氏名

(代諾者・続柄)

年 月 日

検査について不明な点や、検査後に体調の変化等ございましたら
遠慮なく右記までお尋ねください。

留萌市立病院 患者支援センター

電話：0164-49-1011(内線1030)



造影剤確認票（検査時持参して下さい）

造影剤確認票（造影時毎回必要）

生年月日：	年 月 日	体重（必須情報） kg
留萌市立ID：		
名前：	様	
★ 特記事項		

検査日	年 月 日
問診確認日	年 月 日
問診確認者	

造影剤副作用などの確認

- 造影剤で具合が悪くなったことがある はい・いいえ / 初めて いつ（ ）
どこで（ ）
症状は（ ）
- アレルギー性の持病がある はい・いいえ ☐ ぜんそく ☐ アトピー ☐ じんましん
☐ その他（ ）
- 右に該当する持病がある はい・いいえ ☐ 急性膵炎 ☐ 褐色腎細胞 ☐ テタニー
☐ 多発性骨髄腫 ☐ 甲状腺疾患
☐ ヨード造影剤過敏症 ☐ 腎臓病 ☐ 肝臓病
☐ 心臓病 ☐ マクログロブリン血症
- 妊娠中、妊娠の可能性、または授乳中 はい・いいえ
- この問診票を記入したひと ☐ 本人 ☐ 看護師 ☐ その他（ ）
- 造影剤検査同意書へのサイン ☐ しました ☐ していません

	検査前 連絡事項	記載	検査中 連絡事項	記載	検査後 連絡事項	記載
市立病院記入欄	☐ 抜針しないで ☐ 送り無			☐ 特記無		

MRI検査を安全に行うために

MRIは“Magnetic Resonance Imaging”の略で磁気共鳴装置と呼ばれています。強力な磁場とラジオ波と呼ばれる電波を使い、体の内部の状態を様々な方向から断面図として画像化する検査です。放射線を使用しない検査のため、被ばくの心配がありません。

検査前の注意点

※ **金属製品** や **磁気カード** などを持ち込みできません

万が一持ち込まれた場合は、機器の破壊や故障、また人体においてもやけどや金属の移動など大変重大な事故を引き起こす恐れがあります。

● 金属小物



鍵、クリップ、筆記用具ライターなど

● 精密機器・電子機器



時計、携帯電話、カメラ
携帯型オーディオなど

● 磁気記録媒体



キャッシュカード（磁気カード）、通帳など

● 装身具



入れ歯、メガネ、補聴器、ピアス
ヘアピン、指輪など

● その他

入れ墨/
アートメイク/
お化粧品（稀に金属含有の化粧品あり）/
磁気絆創膏/
カイロなど

以下に当てはまる方は、検査を受けられない場合があります。医師、看護師にお申し出ください。

■ 体内金属がある

・ 心臓ペースメーカー
・ 脳動脈クリップ
・ 磁石を使用した歯科用インプラント

・ 人工内耳
・ 人工関節
・ プレート

… など

■ 妊娠中・授乳中

■ 狭いところが極端に苦手な方（閉所恐怖症）

検査のながれ

検査所要時間：15～60分



- ★ 検査室に入ってからベッドに横たわり、筒状の機械の中に入ります
- ★ 撮影が始まると、「ドンドン」「ガーガー」と大きな音が出ますが異常ではありません。
- ★ 圧迫感のある中での撮影となりますが、体を動かさないでください。
- ★ 検査時間が長時間に及ぶ場合があります。検査前にお手洗いをお済ませください。

<検査依頼施設記入>

患者氏名：

さんに対し、上記について説明を行いました。

医療機関名：

検査依頼医師：

<患者記入>

MRI検査の目的や内容についての説明等を受け、MRI検査を受けることに同意します。

患者氏名
（代諾者・続柄）

年 月 日

検査について不明な点や、検査後に体調の変化等ございましたら
遠慮なく右記までお尋ねください。

留萌市立病院 患者支援センター

電話：0164-49-1011（内線1030）



検査確認票（検査時持参して下さい）

MRI検査確認票（検査時毎回必要）

生年月日：	年 月 日	体重（必須情報） kg
市立病院ID：		
名前：	様	
★ 特記事項		

検査日	年 月 日
問診確認者	
検査担当技師	

体内異物・金属などの確認

- | | |
|----------------------|----------------|
| ● 心臓ペースメーカー | あり・なし |
| ● 人工内耳などの体内電子装置・補聴器 | あり・なし |
| ● 銃弾破片・鉄片などによる外傷の既往 | あり・なし |
| ● 脳動脈クリップ（くも膜下出血の手術） | あり・なし（手術日 年 月） |
| ● 人工心臓弁 | あり・なし（手術日 年 月） |
| ● 現在カプセル内視鏡が体内にある可能性 | あり・なし |
| ● 閉所恐怖症 | あり・なし |
| ● 妊娠中、妊娠の可能性、または授乳中 | あり・なし |

★ 以下のものが体内にある、または身に着けている場合は✓を入れてください。

手術・処置	☐ 人工骨頭/人工関節	☐ 手術クリップ	☐ 消化管クリップ	☐
	☐ スクリュー/ボルト/プレート	☐ ステント留置	☐ 胸骨ワイヤー	☐
	☐ 歯科用インプラント(磁石式)	☐ 避妊リング	☐ 血管内コイル	☐
その他	☐ 貼る心臓の薬	☐ 義眼	☐ カラーコンタクトレンズ	☐ 持続自己血糖測定器
	☐ 増毛パウダー	☐ 入れ歯	☐ 保温インナー	☐
	☐ 鍼治療の鍼	☐ お化粧品	☐ カイロ、湿布、エレキバン	☐
	☐ 入れ墨(アイライン、眉含む)	☐ 衣類・下着に金属製品	☐	☐

- | | |
|-----------------|--|
| ● この問診票を記入したひと | ☐ 本人 ☐ 看護師 ☐ その他() |
| ● MRI検査同意書へのサイン | ☐ しました ☐ していません |