

## ⑩済生会兵庫県病院で 造影MRI検査を受ける方へ

予約時間を過ぎてから来院された場合は検査日を変更させていただく場合がありますのでご了承ください。

※ **健康保険証**を必ず持参してください。

【下記に該当される方は必ず **主治医** と **MRI担当者**に申し出てください。】

- ☐ 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器 を使用している方
- ☐ 脳動脈クリップ(チタン製以外)・水頭症治療用シャントチューブ  
脳深部刺激装置 を使用している方
- ☐ 人工内耳 を使用している方
- ☐ 閉所恐怖症 の方
- ☐ 現在**妊娠**中、妊娠初期の可能性がある方
- ☐ 体や顔に、入れ墨(アートメイク) をしている方
- ☐ 磁石で装着する 義眼・義歯 を使用している方
- ☐ ジェルネイル・マグネットネイル・マグネットつけまつ毛  
などを装着している方

### 【検査の注意事項】

- ・腹部臓器検査・造影剤使用検査の方は検査時間の4時間前から**絶食**をお願いします。  
お水・お茶のみ飲んでいただいても構いません。
- ・MRI検査による火傷や熱感を防止するため、検査直前に検査着に**着替え**ていただきます。  
綿の肌着、金具の付いていない下着、靴下、検査着以外のものは着用できません。  
着替えが困難な方は、MRI担当者にお申し出ください。
- ・検査中は工事現場のような様々な機械音がしますのでヘッドフォン・耳栓を使用していただきます。
- ・検査時間は検査室に入ってから出るまで約20～40分です。(検査部位・条件により異なります)
- ・検査中の気分不快など、異常を知らせていただくために連絡ブザーをお渡しいたします。
- ・検査中はできるだけ体を動かさないようにしていただきます。痛みが強く同じ体勢が困難な場合は  
主治医と相談の上、鎮痛剤など使用していただいても構いません。
- ・予約日時に検査が受けられない場合は必ず前日までに、放射線科受付へ電話でご連絡ください。

## 【金属類の持ち込み・火傷防止のための注意事項】

下記に該当するものは検査室へ持ち込むことが出来ませんので  
所定のロッカーか、お付き添いの方に預けてください。

- ・磁気カード(クレジットカード・キャッシュカード・プリペイドカード・診察券・駐車券 など)
- ・補聴器・時計・携帯電話・電卓・万歩計 などの電子機器や精密機器
- ・眼鏡・入れ歯・ライター・鍵・ヘアピン・ネックレス・ピアス・杖・安全靴 などの金属類
- ・薬用パッチ・シップ・カイロ・エレキバン・針灸用 の針等の体や服に貼っているもの

上記のものを検査室に持ち込みますと、故障したり、火傷をすることがありますので、ご注意ください。

万一、時計・カード等を持ち込まれた場合、故障等の責任は一切負いませんのでご了承ください。

- ・化粧品などには磁性体が含まれているもの(アイメイク類・ジェルネイル・マグネットネイル など)があります。

熱傷の可能性がありますので、必ず外して来院してください。 ※付けたままで検査は行えません

- ・検査部位によっては化粧品も落としていただく事があります。
- ・カラーコンタ外は、検査部位にかかわらず検査前にはずしてから入室していただきます。
- ・薬用パッチ(アルミを使用しているニトログリセンなど)が熱感の原因になることがありますので、  
更衣室で外していただきます。新しいものをご用意してください。
- ・MRI検査による火傷や熱感を防止するため、検査直前に検査着に着替えていただきます。  
綿の肌着、金具のついていない下着、靴下、検査着以外のものは着用できません。  
着替えが困難な方は、MRI担当者にお申し出ください。

# MRI検査を受けられる方へのご質問

この検査は磁石と電磁波を用いた検査です。安全に検査を受けていただくため下の質問にお答えください。  
質問の意味がわからない方は職員におたずねください。

- ・ **心臓ペースメーカー・植込み型除細動器** を使用している。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ **人工内耳** を使用している。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ 脳の手術で**脳動脈クリップ・シャントチューブ・脳深部刺激装置** などが入っている。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ この1ヶ月以内に何らかの手術を受けた。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ エレベーターの中など狭い場所にいるのが怖いと思ったことがある。  
または 自分が閉所恐怖症だと思う。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ 義眼・義肢・義足 もしくは磁石で身体に装着する装具を使用している。 (はい・いいえ・わからない)

上記で「はい」がある方は、**主治医**へお申し出ください。

- ・ 体の中に手術等により金属が入っているとされたことがある。 (はい・いいえ・わからない)  
→あるものに○を付けて下さい(心臓人工弁、血管造影後のステント・コイル、インプラント、手術クリップ、胸骨ワイヤー、クランプ  
骨折プレート・ピン・ボルト、人工関節、人工骨頭、薬物注入用ポート、磁性体避妊具など)
- ・ 入れ墨・アートメイク をしている。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ 体の中に金属片(鉄砲の弾、爆弾の破片等)が入っている可能性がある。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ 今までに目に金属が入るような可能性のある職業についたことがある。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ 補聴器 を使用している。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ 入れ歯 や 義歯 がある。 ※取り外しできない場合は「いいえ」に○を付けてください。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ 現在、妊娠している。または妊娠初期の可能性がある。 (はい・いいえ・わからない)
- ・ 今までにMRI検査を受けられたことがある。 (はい・いいえ・わからない)

現在の体重をお書きください。 \_\_\_\_\_kg

薬用パッチ(アルミを使用しているニトログリセンなど)が熱感の原因になることがあるため、更衣室で外していただきます。  
新しいものをご用意してください。

化粧品などには磁性体が含まれているもの(マスカラ/アイライン/アイブロウ/アイシャドウ/カラーコンタクト等)があり  
MRI検査により目の粘膜等を傷つけることがありますので、付けずに来院してください。

ジェルネイル・マグネットネイルを装着したままで検査はできません。検査までに**必ず外しておいて下さい**。  
マグネット式つけまつげ など、磁性体が含まれたメイク類も検査時には落としていただきます。

ご協力ありがとうございました。記入に間違いなければ、ご署名いただき職員にお渡しください。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

氏名\_\_\_\_\_

主治医サイン\_\_\_\_\_

社会福祉法人 **恩賜財団** 済生会兵庫県病院

技師サイン

# 造影検査を受けられる患者様へ

## 造影剤投与について

### 1. 造影剤とは？ その使用目的は？

静脈に注射する検査薬です。注入された造影剤は血流に乗り全身の血管や臓器に分布します。これにより、画像に濃淡がつき、諸病変が明確になり、詳細な情報が得られます。腎機能が正常であれば、注射後およそ6時間後には約80～90%が腎臓から尿として排泄され、やがて全てが体外に排泄されます。

### 2. 検査を受けるにあたって

検査前に絶食（直前の一食のみ）してください。飲み物は水、お茶のみ可能です。検査後は飲食可能です。特に水分は造影剤を速く体外に排泄するため十分に摂取してください。また、日常生活は普通に行えますが、当日の過度な運動は控えてください。

## 造影剤の副作用について

### 1. 副作用

- 軽い場合 CT検査の場合100人に1人程度、MRI検査の場合500人に1人程度の割合でくしゃみ、吐き気や嘔吐、かゆみやじんましんなどが現れることがあります。
- 重い場合 CT検査、MRI検査いずれの場合も数万人に1人程度の割合で血圧低下や呼吸困難などが生じ、場合によってはショック状態になることもあります。

いずれも造影直後から30分以内に現れることがほとんどです。  
稀に、検査後2日～3日経って副作用が現れることがありますので様子を見てください。  
症状としては、かゆみやじんましん、全身倦怠感、頭痛などです。

### 2. 副作用が現れた場合の対応について

造影検査中は看護師や放射線技師が常に観察しており、何か異常が現れた場合は検査を中止し、早急に医師の診察、点滴や投薬など最善の対処を致します。  
帰宅後に副作用と思われる症状が現れた場合や注射部の腫れが起きた場合、他にも心配なことがあった場合は速やかに下記にご連絡をお願いします。

# 造影検査問診表・同意書

放射線科の検査では、造影剤を体内に投与して検査を行う場合があります。  
この造影剤による副作用として、かゆみ・じんましん・くしゃみ・吐き気・おう吐  
また、ごく稀にショックなどが起こることがあります。(別紙説明書参照)

この副作用のリスクを予知するために以下の質問にお答えください。

①今までに造影剤を使った検査を受けたことがありますか？

☐ ある ☐ ない

あると答えた方へ:検査を受けて具合が悪くなったことがありますか？

☐ ある ☐ ない

あると答えた方へ:その時の症状を詳しく

( )

②気管支ぜんそくと言われたことがありますか？

☐ ある ☐ ない

あると答えた方へ:現在治療中ですか？

☐ はい ☐ いいえ

③アレルギー体質(薬、食べ物、アトピー)ですか？

☐ はい ☐ いいえ

はいと答えた方へ:種類と症状を詳しく

(種類 )

(症状 )

④今までに腎機能が悪いと言われたことがありますか？

☐ ある ☐ ない

⑤てんかん・けいれん発作を起こしたことはありますか？

☐ ある ☐ ない

⑥女性の方へ 妊娠中・授乳中 または 妊娠の可能性はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

※特段の理由がない限り、造影剤投与後の授乳制限は必要ないとされています。

造影剤が母乳を通じ乳児に吸収される量は、投与量の0.004%未満とされています

→ 造影剤を用いた検査について

☐ 造影剤の投与を受けることに 同意します。

☐ 造影剤の投与を受けることに 同意できません。

年 月 日

患者氏名

代理人氏名(続柄 )

(ご本人が未成年または署名できない場合は保護者または代理人がご記入下さい。)

【医師記入】

・造影の可否: ☐ 可 ☐ 不可

・確認日: 年 月 日 医師署名