

## MRI検査について（説明・同意書）

### ○MRI（磁気共鳴画像）検査概要

- ・強力な磁力と電波を用いた検査であり、放射線被ばくはありません。
- ・狭い筒状の装置(幅と高さが50cm程度)に入ります。検査中は大きな音や振動がします。
- ・検査時間は30分程度です。

### ○MRI検査が不可能な方

#### **心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器・人工内耳・深部脳刺激装置**

上記の機器が体内に入っている方は、磁場の影響による誤作動の恐れがあるため、検査を受けられません。

### ○該当する方は、MRI検査前に担当者までお申し出ください

- ・体内に金属製の人工関節・人工弁などが入っている可能性のある方
- ・手術経験のある方
- ・義肢装着の方
- ・刺青のある方
- ・妊娠している方、若しくはその可能性がある方
- ・以前に、造影剤でアレルギーを起こしたことがある方

### ○造影剤の使用について

- ・検査内容により、造影剤(ガドリニウム)を静脈注射することがあります。
- ・検査前のお食事は問題ありませんが、胆嚢・膵臓の検査では、開始2時間前から飲食をお控えください。

#### **※まれに、造影剤により副作用を生じることがあります。**

症状として、吐き気、くしゃみ、あくび、発疹、めまい、血圧低下などで、殆どの場合一過性の軽微なものですが、まれに重度な副作用が出現します。頻度は20～45万人に一人(0.1～0.3%)といわれています。体に異常を感じた際は、医師、看護師、技師にお申し出ください。

### ○その他

- ・主訴や症状などにより、追加の検査・処置が必要になることがあります。
- ・予約時間に来院できない・検査のキャンセル・変更を希望される場合は、お早めにご連絡ください。
- ・当院は救急指定病院です。救急患者を優先し、予約時間に検査を行えないことがあります。申し訳ございませんが、予めご了承ください。

患者ID  
患者氏名  
生年月日

私は、MRI検査の概要、方法、注意事項等について説明しました。

年 月 日

公益財団法人 東京都保健医療公社 荏原病院 \_\_\_\_\_ 医師 印

\_\_\_\_\_ 医師

職種 \_\_\_\_\_ 医師

私は、MRI検査の必要性と内容、これに伴う危険性について十分な説明を受け、理解しましたので、その実施に同意します。なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適切な処置を受けることについても同意します。

公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院長 殿

年 月 日

同意者  
患者様氏名(自署) \_\_\_\_\_

ご家族氏名(自署) \_\_\_\_\_ (続柄)

※ 患者様が年少者、ご自身で意思表示ができない場合には、ご家族による同意のみでも結構です。

**【MRI室に持ち込めないもの(代表例)】 ※必ず点検し、検査前にお外してください。**

- |   |                                    |  |                                     |                            |                               |
|---|------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 狭心症治療はり薬(ニトロダームなど) | <input type="checkbox"/> 入れ歯       | <input type="checkbox"/> 補聴器                   | <input type="checkbox"/> かつら        |                            |                               |
| <input type="checkbox"/> カイロ・湿布             | <input type="checkbox"/> エレキバン・置き針 | <input type="checkbox"/> 時計                    | <input type="checkbox"/> メガネ        | <input type="checkbox"/> 鍵 | <input type="checkbox"/> ライター |
| <input type="checkbox"/> ヘアピン               | <input type="checkbox"/> アクセサリー類   | <input type="checkbox"/> 磁気カード(診察券・クレジットカードなど) |                                     |                            |                               |
| <input type="checkbox"/> 小銭・財布              | <input type="checkbox"/> 携帯電話・PHS  | <input type="checkbox"/> カラーコンタクト              | <input type="checkbox"/> その他、金属製品全般 |                            |                               |

**【注意事項】**

- ・青色系の化粧品(アイシャドーなど)は、検査当日お控えください。
- ・禁止物品等の持ち込みによる破損は、自己責任とさせていただきますので、予めご了承ください。

## MRI検査について（説明・同意書）

### ○MRI（磁気共鳴画像）検査概要

- ・強力な磁力と電波を用いた検査であり、放射線被ばくはありません。
- ・狭い筒状の装置(幅と高さが50cm程度)に入ります。検査中は大きな音や振動がします。
- ・検査時間は30分程度です。

### ○MRI検査が不可能な方

#### **心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器・人工内耳・深部脳刺激装置**

上記の機器が体内に入っている方は、磁場の影響による誤作動の恐れがあるため、検査を受けられません。

### ○該当する方は、MRI検査前に担当者までお申し出ください

- ・体内に金属製の人工関節・人工弁などが入っている可能性のある方
- ・手術経験のある方
- ・義肢装着の方
- ・刺青のある方
- ・妊娠している方、若しくはその可能性がある方
- ・以前に、造影剤でアレルギーを起こしたことがある方

### ○造影剤の使用について

- ・検査内容により、造影剤(ガドリニウム)を静脈注射することがあります。
- ・検査前のお食事は問題ありませんが、胆嚢・膵臓の検査では、開始2時間前から飲食をお控えください。

**※まれに、造影剤により副作用を生じることがあります。**

症状として、吐き気、くしゃみ、あくび、発疹、めまい、血圧低下などで、殆どの場合一過性の軽微なものですが、まれに重度な副作用が出現します。頻度は20～45万人に一人(0.1～0.3%)といわれています。体に異常を感じた際は、医師、看護師、技師にお申し出ください。

### ○その他

- ・主訴や症状などにより、追加の検査・処置が必要になることがあります。
- ・予約時間に来院できない・検査のキャンセル・変更を希望されるときは、お早めにご連絡ください。
- ・当院は救急指定病院です。救急患者を優先し、予約時間に検査を行えないことがあります。申し訳ございませんが、予めご了承ください。

患者ID  
患者氏名  
生年月日

私は、MRI検査の概要、方法、注意事項等について説明しました。

年 月 日

公益財団法人 東京都保健医療公社 荏原病院 \_\_\_\_\_ 医師 印

\_\_\_\_\_ 医師

職種 \_\_\_\_\_ 医師

私は、MRI検査の必要性と内容、これに伴う危険性について十分な説明を受け、理解しましたので、その実施に同意します。なお、実施中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適切な処置を受けることについても同意します。

公益財団法人東京都保健医療公社 荏原病院長 殿

年 月 日

同意者  
患者様氏名(自署) \_\_\_\_\_

ご家族氏名(自署) \_\_\_\_\_ (続柄)

※ 患者様が年少者、ご自身で意思表示ができない場合には、ご家族による同意のみでも結構です。

**【MRI室に持ち込めないもの(代表例)】 ※必ず点検し、検査前にお外してください。**

- |   |                                    |  |                                     |                            |                               |
|---|------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 狭心症治療はり薬(ニトロダームなど) | <input type="checkbox"/> 入れ歯       | <input type="checkbox"/> 補聴器                   | <input type="checkbox"/> かつら        |                            |                               |
| <input type="checkbox"/> カイロ・湿布             | <input type="checkbox"/> エレキバン・置き針 | <input type="checkbox"/> 時計                    | <input type="checkbox"/> メガネ        | <input type="checkbox"/> 鍵 | <input type="checkbox"/> ライター |
| <input type="checkbox"/> ヘアピン               | <input type="checkbox"/> アクセサリー類   | <input type="checkbox"/> 磁気カード(診察券・クレジットカードなど) |                                     |                            |                               |
| <input type="checkbox"/> 小銭・財布              | <input type="checkbox"/> 携帯電話・PHS  | <input type="checkbox"/> カラーコンタクト              | <input type="checkbox"/> その他、金属製品全般 |                            |                               |

**【注意事項】**

- ・青色系の化粧品(アイシャドーなど)は、検査当日お控えください。
- ・禁止物品等の持ち込みによる破損は、自己責任とさせていただきますので、予めご了承ください。