

## MRI 検査（造影なし・あり）説明書及び同意書

MRI 検査は強力な磁石と電磁波を使用して身体の断層像を撮影する検査で病気の診断に非常に有効な検査です。しかし、強力な磁石でできたトンネルの中に入るため金属製の物や電子機器が体についていると危険な場合があります。以下については特に注意が必要です。

1. 心臓ペースメーカーや人工内耳等が装着されている場合は、誤作動や破損の恐れがあり検査はできません。
2. 脳動脈瘤クリップ、人工心臓弁、ステント等は、留置の時期や材質により検査ができない場合があります。
3. 心臓の貼り薬や刺青があるとやけどを起こすことがあります。

また、今回の検査は、ガドリニウム造影剤（以下造影剤）を静脈から注射し検査を行います。造影剤は、病気の有無や性質・範囲及び治療の効果を正確に評価するために用いられる大変有効な薬剤です。ただし、造影剤によるアレルギーや腎臓機能障害等がある方は検査ができない場合があります。

### 【ガドリニウム造影剤の副作用について】

基本的に安全な薬剤とされていますが、以下の副作用が生じることが知られています。

- 1) 軽い副作用：吐き気・動悸・かゆみ・くしゃみ・発疹など。基本的に治療を必要としません。
- 2) 重篤な副作用：血圧低下・呼吸困難・意識消失・腎機能低下・アナフィラキシー様など  
発生する頻度は、1.9 万人に 1 人（0.005%）とわずかですが、入院治療が必要で、後遺症が残る可能性があります。
- 3) 副作用に起因する死亡例  
極めて稀ですが、病状・体質によって死に至る場合があります、発生する頻度は、83 万人に 1 人（0.00012%）です。
- 4) 遅発性副作用について  
ごく稀に注入から数時間～数日以内に発生する遅発型副作用として、発疹・かゆみなどが出現する可能性があります。その際には、外来もしくは病棟担当医までご連絡ください。

### 【副作用発生時の対応について】

造影検査中は、医師・看護師・診療放射線技師が常に観察しており、何か異常が現れた場合にはすぐに造影を中止し、医師が適切な対処を致します。

### 【膀胱の検査を受けられる方へ】

蓄尿のため検査 2 時間前から排尿はしないでください。

\*安全に検査を受けていただくために、問診票に正確にお答えいただき、検査についてご理解の上、下記の同意書にご記入ください。

## 同意書

医療機関名

説明日 令和 年 月 日

説明医師名

私はMRI検査（造影剤）に関してその必要性と副作用の可能性について説明を受け理解しました。  
MRI検査を受けることに同意します。

\*同意された後でも撤回できます。いつでもお申し出ください。

令和 年 月 日

患者様署名

代理人署名 続柄

国立病院機構 盛岡医療センター 令和8年6月1日

## MRI検査（造影なし・あり）問診票

\* 造影なしの場合は太枠部分のみで結構です

該当するものを○で囲み、（ ）の中へ具体的な言葉をお書きください。

|                                                                                                                                                         |                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 次の金属の植込みがありますか。<br>心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 人工内耳                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 次の金属の手術等により植込みや使用がありますか。<br>・ ステンツ（頭頸部、腹部、心臓など） ・ 血管グラフト ・ 心臓人工弁<br>・ クリップ（脳動脈瘤、消化器疾患など） ・ 静脈フィルター ・ 人工関節<br>・ 脳室シャント ・ 義眼<br>・ その他（ ） いつ頃入れましたか。（ 年前 ） | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 上記以外に体内に金属が入っていますか。入っていた場合、検査可能かの確認<br>はとれていますか。（部位： 物： ） 確認者                                                                                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 歯科治療により歯科医からMRI検査の制限はありますか。                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 貼り薬（心臓等）や刺青やアートメイク（眉毛等）はありますか。                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ネイルアート、かつら、増毛パウダーをしていますか。                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| カラーコンタクトレンズは着けていますか。                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか。                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 現在妊娠していますか。                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| これまでに造影剤を注射して検査を受けたことがありますか。                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| その時（帰宅後も含め）副作用がありましたか。                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 上記で『はい』と答えた方は副作用の症状を書いて下さい。<br>（ ）                                                                                                                      |                                                          |
| 患者様ご本人にアレルギー性の病気や体質がありますか。<br>（気管支喘息 アレルギー性鼻炎 ヨード過敏症 その他 ）<br>その他の場合（ ）                                                                                 | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| ご親族ご家族などの血縁者にアレルギー性の病気や体質がありますか。<br>（気管支喘息 アレルギー性鼻炎 ヨード過敏症 その他 ）<br>その他の場合（ ）                                                                           | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 飲み薬や注射薬で具合が悪くなったことがありますか。                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 腎臓の病気あるいは機能が悪いといわれたことがありますか。                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 心臓の薬を服用していますか。                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 現在の体重を教えてください。（ ） k g                                                                                                                                   |                                                          |

— 医師記入欄 —

eGFR(血清クレアチニン)の値は正常範囲ですか。(造影ありの場合) ☐はい (値: ) ☐いいえ

確認医師名

国立病院機構 盛岡医療センター 令和8年6月1日

## MR I 検査を受けられる方へ（予約票）

検査予約日          年          月          日          午前・午後          時          分

☐造影剤（注射） 使用（しません・します）。

□食 事      ( ) 制限はありません。  
                  ( ) 朝食は食べないで下さい。  
                  ( ) 朝食は9時までに済ませ、昼食は食べないで下さい。

□飲み物

( ) 制限はありません。

( ) **MRCP**の方は水、お茶のみ飲んでも構いません。

※お薬については医師・看護師の指示に従って下さい。

( )

□排 尿 ( ) 制限はありません。  
( ) 畜尿のため検査2時間前から排尿しないで下さい。

予約の30分前までに総合受付までおいで下さい。

## MR I 検査を受けるにあたっての注意事項

1) 次にあげる物は、故障や事故の原因、または画像へ悪影響を及ぼすことがありますので、検査前に取り外しをお願いします。

- 金属類：時計、メガネ、ヘアピン、ピアス、入れ歯、身体装具、補聴器、鍵、エレキバン  
使い捨てカイロ、財布、ポケット内の金属等
- カード類：キャッシュカード、クレジットカード、診察券等
- その他：金属が含まれるアイメイク、ネイルアート(ジェルネイル、マグネットネイル等)、  
湿布、カラーコンタクトレンズ、かつら、増毛パウダー等

**\*検査前に金属探知をさせていただきますのでご了承願います**

- 2) 事故防止のため、原則として検査着に着替えていただきます。
- 3) 検査は30～60分かかりますので、制限のない方は事前にトイレを済ませておいて下さい。
- 4) 検査開始時間は、救急患者等の都合により前後する場合がありますので予めご了承下さい。
- 5) 検査後に体調不良を感じた場合は速やかにご連絡下さい。
- 6) その他、ご不明な点等ございましたら、医師、看護師または放射線技師におたずね下さい。

☆都合で来院出来なくなった場合や事前の問い合わせは、受診されている診療科までご連絡下さい。

国立病院機構 盛岡医療センター ☎019-647-2195

# 検査の説明



## ●MRI検査とは何ですか？

MRIとは、M a g n e t i c（磁気）R e s o n a n c e（共鳴）I m a g i n g（画像）の略で、強い磁石と電磁波を使って体の内部を画像化する検査であり、病気の診断にとっても有用です。X線は使用しませんので放射線被ばくの心配はありません。

## ●どのようにして行うのですか？

トンネルの様な長い円筒状の装置の中で動かずに横になっていただきます。検査に伴う痛み等はありませんが、検査中は工事現場のような非常に大きな音がします。

検査目的によっては造影剤を注射して行うこともあります。

## ●誰でも検査はうけられますか？

心臓ペースメーカー、人工内耳、神経刺激装置等が体内に入っている方、刺青等をしている方は検査を受けることができません、また手術等により体内に金属が入っている方は、危険な場合がありますので事前にお申し出下さい。

妊娠している方や妊娠している可能性のある方はお申し出下さい。（胎児への安全性は確立されていません。）

## ●検査時間はどのくらいですか？

検査の内容によって異なりますが、30分～60分程度です。

## ●検査中に具合が悪くなったらどうすれば良いですか？

緊急呼び出しブザーを押していただくか、装置にマイクがついていますので遠慮なく「気分が悪い」などと声をかけて下さい。またテレビカメラで観察しておりますので、安心して検査を受けて下さい。

## ●検査前後の飲食はどうしたらいいですか？

特に指示がないかぎり、普通にとっていただいて結構です。