

MRI 検査を受けられる方へ

MRI 検査は、強力な磁石を使用して撮影します。
そのため、安全でよい画像を得るため、以下の注意事項をご確認ください。

〈金属について〉

- 撮影部位に関わらず、手術などで体内に金属がある場合（1ヶ月以内の内視鏡クリップ処置も含む）、また歯の矯正中の方は、検査ができない場合があります。処置をされた病院へお問合せください。
- 入れ墨（タトゥー）は火傷の可能性があります、検査中に異常があれば中止する場合があります。
- 眼鏡、ウィッグ、補聴器を使用されている方は、検査直前に取り外してください。

〈服装・装飾について〉

- つけまつげ、つけ爪、エクステンション（ヘアー・まつげ）、ジェルネイルは、外してお越してください。
- カラーコンタクトレンズを使用されている場合は、外していただきますのでケースをご用意ください。
- 検査着に更衣していただきますので着替えやすい服装でお越してください。

〈検査前の食事制限・尿について〉

- 腹部（肝臓、胆のう、膵臓、腎臓など）、骨盤の検査の方は3時間前から絶飲食になります。常用薬はいつも通り内服してください。
- 膀胱の検査の方は尿をためておく必要があります。

〈持続血糖測定器（リブレ等）をご使用中の患者さんについて〉

- リブレセンサーを装着したままの状態では検査は出来ませんので、検査前に外していただくか、センサー交換時期に合わせて検査日を調整していただく必要があります。
- 緊急で画像検査などを行う場合にも、リブレセンサーを外す必要があります。

検査に関するお問い合わせ

MRI 検査室 TEL：086-422-2111（代表）

予約に関するお問い合わせ

患者総合支援課 地域連携 TEL：086-422-2116（直通）

MRI 検査説明書・問診票

ID : _____ 様 _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※検査予約時間の30分前に、診察券をお持ちの方は **センター棟1階放射線科受付**、
診察券をお持ちでない方は **センター棟1階総合受付**へお越しください。

MRI 検査は強力な磁石を使用して撮影します。通常人体には影響ありませんが、心臓ペースメーカーがあると誤作動を起こす危険性があるため検査はできません。また、体内に金属があると火傷、痛み等を起こす可能性があり、さらに、良い画像が得られないことがあるため検査が出来ないことがあります。

(MRI (ガドリニウム) 造影剤の副作用について)

検査の内容によっては造影剤の注射をさせていただく可能性があります。造影剤を使うことにより病気の状態をより正確に診断することが可能となります。造影剤は安全な薬ですが稀に副作用が起こることがあります。

- 1) 軽い副作用：発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐など（100人に1人程度）
 - 2) 重い副作用：ショック・ひきつけ・意識消失など（20～45万人に1人程度）
- 軽い副作用ではほとんどの場合治療を必要としませんが重篤な副作用を含め必要時には治療を行います。分からないことがありましたらご質問ください。

◆お手数ですが、安心して検査を受けていただくために以下の質問についてお答えください。

(はい・いいえ) のどちらかに○をしてください。

※ご本人が記入できない場合には付き添いの方に記入してもらってください。

- ①今までに MRI 検査を受けたことがありますか…………… (はい・いいえ)
 - (1) 「はい」と答えた方、MRI 時、造影剤を使用したことがありますか…………… (はい・いいえ)
 - (2) 「はい」の方、気分が悪くなったり発疹が出たことはありますか…………… (はい・いいえ)
- ②今までに手術を受けたことはありますか…………… (はい・いいえ)
「はい」の方は具体的に (……………)
- ③心臓ペースメーカーを使用していますか…………… (はい・いいえ)
- ④身体の中に金属が入っていますか、手術等により入っているとされたことがありますか (はい・いいえ)
(手術クリップ・骨折用プレート・人工関節・事故、怪我による金属片・金属性避妊具等)
- ⑤取り外しのできる義歯、あるいは磁石を使った義歯を使用中、または矯正中ですか… (はい・いいえ)
- ⑥眼の中に事故や怪我で金属片が入ったことはありますか、または義眼を使用されていますか…………… (はい・いいえ)
- ⑦じん麻疹やアレルギーを起こしやすい体質ですか…………… (はい・いいえ)
- ⑧今まで薬物過敏症と言われたことはありますか…………… (はい・いいえ)
- ⑨気管支喘息にかかったことはありますか…………… (はい・いいえ)
- ⑩心臓の病気 (狭心症・不整脈) があるとされたことがありますか…………… (はい・いいえ)
- ⑪緑内障・高血圧・前立腺肥大症があるとされたことがありますか…………… (はい・いいえ)
- ⑫腎機能が悪いと言われたことがありますか…………… (はい・いいえ)
- ⑬閉所恐怖症ですか…………… (はい・いいえ)
- ⑭てんかんがあるとされたことがありますか…………… (はい・いいえ)
- ⑮現在身長・体重はどのくらいありますか…………… (…………… cm) (…………… kg)
- ⑯カラーコンタクトレンズを使用されていますか…………… (はい・いいえ)

【女性の方へ】

- ⑰最終生理を記入してください (…………… 月…………… 日～…………… 月…………… 日) または何歳で閉経されましたか (…………… 歳)
- ⑱現在妊娠中、またはその可能性がありますか…………… (はい・いいえ)