

国保水俣市立総合医療センター 造影MRI検査 予約票

患者氏名() T・S・H 年 月 日生(歳) (男・女)

検査予約日： 年 月 日 検査予約時間： 時 分

<造影MRI検査を受けられる方へ>

この検査は、強い磁場（磁石）と造影剤（検査用薬剤）を利用して体内の情報を画像にする検査方法です。検査の安全上、次のことをお守りください。

1. 食事について

造影検査をするにあたり食事制限があります。

- 検査前3~4時間は食事をとらないようにしてください。
(飲料に関しては特に制限はありません)

○胆嚢・膵臓を目的とした造影MRCP検査の方

検査前6時間の食事・検査前2時間の水分補給をしないようにしてください。

※服用中のお薬は医師の指示がない限り普通通りに服用して下さい。

2. 注意事項

心臓ペースメーカー・人工内耳・可動式義眼を装着されている方は検査ができません

※MRI対応ペースメーカーの場合は手帳がなければ検査ができませんのでご注意ください。

次の方はMRI検査を受けられない場合がありますのでお知らせ下さい。

- 体内に埋め込み金属のある方（脳動脈瘤クリッピング・冠動脈ステントなど）
- 妊娠している方、授乳中の方（造影検査の場合）
- 閉所恐怖症など、狭い所が苦手な方

3. 検査前の準備

次の物は故障したり、検査に影響することがあります。検査前に必ず取り外してください。

- 機械類（補聴器・携帯電話・時計・万歩計・携帯ゲーム機器・電子手帳など）
- 金属類・装着品（入れ歯・かつら・ピアス・エレキバン・カイロ・金属のついた下着・ヒートテックベルト・メガネ・ヘアピン・鍵・ライターなど）
- 磁気を使用した物（財布・駐車券・キャッシュカード・クレジットカード・定期券など）
- アルミ製の貼り薬（ニトロダームなど）、遠赤外線保温下着、アルミ裏打ち毛布

※カラーコンタクト・入れ墨・マスカラ・アイシャドウ・金属異物などは事前にお知らせ下さい。

※服装によっては、検査着に着替えてから検査室に入っていただきます。

※検査時間は全部で30~60分程度です。

※わからない事があれば、画像診断センター(TEL・FAX 0966-63-2241)までご連絡下さい。

以上

検査当日は再来受付をお済ましの上、検査予約時間の

30分前までに 医療センター2階放射線科受付 までおいで下さい。

造影MRI検査問診票

● 造影剤を使用する MRI 検査の患者さんには、造影 MRI 検査問診票と MRI 検査事前チェック表の確認を行い、事前に画像診断センター(TEL・FAX 0966-63-2241)に FAX してください。

※ MRI 検査事前チェック表と問診票(計2枚)が無い場合は、検査できない場合があります。

※ MRI 検査事前チェック表の項目を確認されていない場合は、必ず確認を済ませて MRI 検査予約をしてください。

患者氏名: _____ (男・女) 体重(_____ kg)

生年月日: T・S・H 年 月 日 年齢(_____ 歳)

依頼元病院名: _____

検査予約日: _____ 年 月 日

造影 MRI 検査チェック項目

1. 造影剤 副作用歴 (無 有) その内容 (_____)
2. アレルギー体質 (無 有)
〔その内容: (喘息 蕁麻疹) その他 (_____)〕
3. 過去の薬物過敏症 (無 有) その内容 (_____)
4. 腎機能について

※造影剤を使用する場合、腎臓の機能が著しく悪い場合は検査ができない場合があります

必須項目: Cre 値 (_____ mg/dL) eGFR 値 (_____ ml/min/1.73m²)

採血日: _____ 年 月 日 (直近3ヶ月以内のデータ)

(eGFR 値は計算で算出できますので、CRE 値のみでもかまいません。)

※ CRE 値に関して、直近3ヶ月以内の採血データ、もしくはそのコピーを紹介状と共に同封して下さい。

・MRI 用造影剤静注法による副作用と頻度

軽症: 蕁麻疹、嘔気、嘔吐、血管外漏出 など (0.2~0.3%)

重症: 血圧低下、呼吸困難、意識消失 など (0.1%未満)

※副作用が確認された場合、すぐに緊急対応に入りますので、ご安心ください!

(平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日記入)

問診医氏名 _____

印 _____

造影 MRI 検査事前チェック表

氏名() T・S・H 年 月 日生(歳) 性別(男・女)

検査日: 年 月 日

下記のチェック項目を確認しチェック欄にレ点を入れてください。

	チェック項目	チェック欄	備考
検査不可 となる項目	・体内埋込式ポンプ ・神経刺激発生装置 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	全ての MRI 検査 において材質に 関係なく <u>検査不可</u>
	・MRI 非対応心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・眼窩内金属片 ・可動型義眼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・人工内耳 ・中耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・磁石式人工肛門 ・磁石埋込式差し歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
場合により 検査不可と なる項目	・人工心臓弁 ・大動脈ステント 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手術年月日・材質 型番・製品名 等 (適合品に限り検査可)
	・脳動脈瘤クリップ または コイル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・血管や管腔臓器内の金属 (フィルター、ステント、コイル、動注ポートなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・人工関節 ・骨固定金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・消化器系手術、内視鏡検査によるクリップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・避妊リング (古い金属製のもの)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・口腔インプラント ・ブリッジ ・義歯など	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	検査前に取り外し 可能な物は検査可
	・補聴器 ・針灸の置き針 ・義眼 ・義手 ・義足	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・ヘアピン等金属類(カツラ含む) ・貼り薬 (カイロ等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・外傷などによる材質不明の体内異物 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	患者の同意の上 検査可
	・入れ墨 ・タトゥー(火傷 ・変色の恐れあり) ・アートメイク(アイライン ・眉毛 ・カラーコンタクト 等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・1.5TMRI 対応心臓ペースメーカー (手帳必須)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	放射線科医 に要相談
	・妊娠3ヶ月未満もしくは妊娠の可能性 最終月経(月 日～ 日)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

今までの手術歴

※手術歴に関しては、体内金属の有無の参考とさせていただきます。

問診医氏名: _____ 印 _____ 発行日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

連絡先: 画像診断センター(TEL・FAX 0966-63-2241)