

MR I 検査の説明・同意書

仙台やまと町脳外科クリニック

検査日： 令和 年 月 日 時 分 造影剤（有・無）

検査時間の20分前までに来院してください（造影剤を使用する場合は食事をしないでください）

○ 注意事項

※心臓ペースメーカー、除細動器（ICD）、人工内耳、眼球内の金属異物、脳・脊髄刺激装置、脳動脈クリップ、人工関節等が体内にある方はお知らせください。重大な事故につながる恐れがあります。

以下のものは安全に検査を行うため取り外す必要があります。

- ・金属類 腕時計、メガネ、ライター、鍵、携帯電話、補聴器、ベルト、入れ歯、ヘアピン、義肢（義足など）、コルセット、パワーアンクル、指輪、ピアス、ネックレス、その他アクセサリ類 など
- ・磁気カード キャッシュカード、クレジットカード、診察券、定期券、駐車券 など
- ・その他 金属のついた下着（ブラジャーなど）、コンタクトレンズ、湿布、エレキバン、使い捨てカイロ、ニトロダーム TTS、ニコチネル TTS、ノルспанテープ、金属を含む化粧品（マスカラ、アイシャドウ等）、ヒートテック下着、お金 など

○ 検査について

- ・検査前に着替え等が必要になります。
- ・検査時間は、15分～30分程度かかります。（お手洗いをすませてください）
- ・検査中は、工事現場のような大きな音が聞こえます。検査中は体を動かさないようご協力ください。
- ・検査中に気分が悪くなった時には、ブザーを押して担当者に知らせてください。
- ・刺青・永久的なアイライン等は、やけど・変色等が稀に起こります。
- ・妊娠中・妊娠の可能性のある方は、原則検査を行いません。

○ 造影剤使用の方は

- ・MR Iの造影剤によるアレルギーのある方は、造影剤は使用できません。必ず申し出てください。
- ・その他のアレルギーやぜん息発作、腎臓病の経験のある方も必ず申し出てください。
- ・造影剤の副作用により、ごく稀に血圧低下や、呼吸困難が出現することがあります。
- ・冷や汗、めまい、かゆみや発疹、吐気、動悸が見られた場合は、副作用の可能性もありますので、直ぐにお知らせください。
- ・以上の副作用は多くは10分以内に発生しますが、稀に数日後まで見られることがありますので、異常に気がついた場合はご連絡ください。

令和 年 月 日 説明者（自署） _____

.....
同 意 書

上記について了承しました。

令和 年 月 日
本人・代理人（自署） _____

MRI 検査を安全に行うための問診用紙（検査当日に記載して下さい）

お名前：(_____ 様) 生年月日：(_____ 年 _____ 月 _____ 日)

MRI 検査は、強い磁石を利用して体内の情報を画像化する検査です。金属性の物や電子機器が身体に付いていると非常に危険です。ケガやヤケド、最悪の場合は命に関わるような損傷をすることもあります。記入ができない方はお手伝いをいたしますのでお申し出ください。

以下の項目の“ある”・“なし”を丸で囲ってください。

- | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|
| ○ 禁忌項目（検査できない） | (返答) |
| 1. 心臓ペースメーカー・除細動器（ICD） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 2. 人工内耳 | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 3. 脳・脊髄刺激装置・骨成長刺激装置など | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| ○ 撮影部位や材質によっては禁忌（検査できない） | |
| 1. 頭の手術による頭蓋内クリップ | <u>ある</u> (_____ 年前) <u>なし</u> |
| 2. 体内の金属（人工関節、人工心臓弁、血管ステント等） | <u>ある</u> (_____ 年前) <u>なし</u> |
| 3. 脳室シャントチューブ（水頭症治療） | <u>ある</u> (_____ 年前) <u>なし</u> |
| 4. 過去の手術にてワイヤーやクリップを使用 | <u>ある</u> (_____ 年前) <u>なし</u> |
| 5. 内視鏡の手術（ポリープ切除など）を受けクリップ使用 | <u>ある</u> (_____ 年前) <u>なし</u> |
| ○ 撮影部位や外せない場合は禁忌（検査できない）になることあり | |
| 1. 刺青（タトゥー、アートメイク） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 2. 義足・義手・義眼 | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 3. 心電図記録装置（ホルター心電図） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| ○ 貼付剤など（はがす必要があります） | |
| 1. 湿布薬、エレキバン、カイロ、針灸の置き針など | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 2. ニトロダーム（心臓の貼り薬）、他貼付剤（物忘れの薬など） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| ○ 撮影部位により身体や画像に影響が出る可能性あり（取り外す必要あり） | |
| 1. 財布、時計、各種カード、ライター（ポケット内のも全て） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 2. アクセサリー（ヘアピン、ピアス、ネックレス、指輪など） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 3. 補聴器、入れ歯、歯の矯正器具、ベルト | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 4. 保温性下着（ヒートテックなど）、体型修正等の下着 | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 5. 金属の付いた下着（ブラジャー、キャミソールなど） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 6. コルセット、金属シーネ、固定装具 | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 7. コンタクトレンズ（外す必要があります） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 8. アイシャドー等、目周囲の化粧（落としていただく場合あり） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 9. 上記以外の金属類（避妊リング、安全ピンなど） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| 10. その他（ヘアーファンデーション、ウィック、かつら など） | <u>ある</u> <u>なし</u> |
| ○ 検査の不安 | |
| 1. 閉所恐怖症ですか | <u>はい</u> <u>いいえ</u> |
| 2. 大きい音が苦手ですか | <u>はい</u> <u>いいえ</u> |
| ○ 女性の方へ | |
| 1. 妊娠しているまたはその可能性ありますか | <u>はい</u> <u>いいえ</u> |