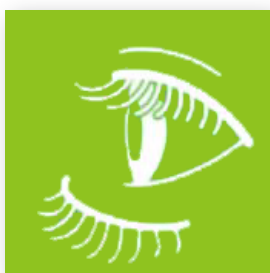


MRI検査時の**注意事項**

下記の化粧品や装飾は、MRI検査時に**火傷**などを引き起こす危険性があります。

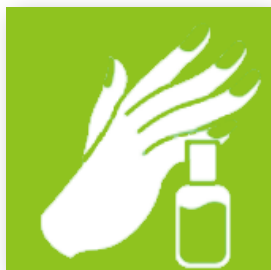
検査当日はできるだけお化粧をせずに、装飾品なども着用しないようお願い致します。



- ・ カラーコンタクトレンズ
- ・ アイシャドウ、アイライン
- ・ つけまつげ、マスカラ
- ・ 増毛スプレー、増毛用粉末



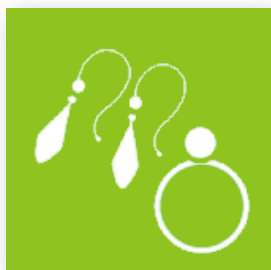
- ・ UVケア用品（日焼け止めなど）
- ・ 金属イオン類を含んだ化粧品（制汗剤など）
- ・ ファンデーション



- ・ ネイルアート
- ・ つけ爪
- ・ マニキュア



- ・ エレキバン
- ・ カイロ各種
- ・ 貼付薬各種



- ・ アクセサリー
- ・ 指輪
- ・ ピアス



- ・ ヒートテック
- ・ 矯正下着

【お問い合わせ先】

東京女子医科大学附属 足立医療センター 放射線科 MRI検査室

03-3857-0112 (内線22506)

MR I 検査チェックリスト

| | | | | |
|------|-----|---------|---|---|
| 氏名 | 記入日 | 年 | 月 | 日 |
| 生年月日 | 性別 | 記入医師名 (| | |

枠内の項目は、検査依頼科にて必ず記載(チェック)して下さい。

記載がない場合、医療安全の観点より MRI 検査を行うことができません。

| | | | |
|---|---|-----|---|
| 1. MRI 検査に関する病歴などについて | | | |
| ・手術歴 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 部位: | <input type="checkbox"/> 頭頸部 <input type="checkbox"/> 体幹部 <input type="checkbox"/> 四肢 |
| ・妊娠 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 時期: | <input type="checkbox"/> 16 週以上 (15 週以内は不可) |
| ・閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| ・刺青 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 2. 体内に金属類やデバイス等を装着していますか? (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | | |
| ある場合は□にチェックし、 <u>MRI 適応の有無</u> をご確認願います。 | | | |
| <u>MRI 適応性がない場合、重大な医療事故を引き起こす恐れがある為、原則として MRI 検査を行うことができません。</u> | | | |
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 塞栓用コイル | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 脳室シャント | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> ステープラー | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 神経刺激装置 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 下大静脈フィルター | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 人工内耳・補聴器 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 人工関節 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> ステント | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 内視鏡止血用クリップ | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> カプセル内視鏡 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 義歯・義眼 | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 固定テンプレート | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> 白内障レンズ・緑内障ドレーン | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> MRI 適応 | | |
| *MRI 適応性については装着物の添付文書、もしくは製造販売元にご確認願います。 | | | |

東京女子医科大学附属足立医療センター
放射線科 MRI 検査室 (22506)

造影剤使用についてのご説明

担当医師からの説明で造影検査の必要性、合併症の可能性（リスク）をご理解され造影検査を受けることをご承諾されましたら、同意書にご署名をお願いします。

検査の途中で造影剤を使用する必要のないことが判明することもありますので、このような場合には造影剤は使用しません。

何かご不明な点がありましたら、担当医師または放射線科医師、看護師にお尋ねください。

◆造影剤とは

造影剤は MRI 検査の際に血管に注射し画像を見やすくして病気の診断を正確にするための薬です。MRI 検査には通常ガドリニウム造影剤を用います。健康な方では造影剤は 12 時間以内に大半が腎臓から排泄されます。病気の種類によっては、その診断や進行の程度、治療方針の決定に造影剤を使用した検査が必要になります。

◆合併症（リスク）について

- (1) 現在のところ合併症の発生を正確に予知する手段がありませんが、過去に造影剤でアレルギー反応の既往がある方、他の薬や食物のアレルギーがある方、ぜんそくの方などは合併症の発生率が高くなるといわれています。
- (2) 0.3%で吐き気、嘔吐、不快感、じんま疹などの皮疹、かゆみなどの軽度の合併症があります。
- (3) およそ 5 千人に 1 人の割合で血圧低下によるショックや呼吸困難などの重篤な合併症があり、ごくまれに死亡例があるといわれています。
- (4) 腎臓の機能が低下している方、てんかんやけいれんなどの既往のある方、両親・兄弟に気管支喘息・アレルギー性鼻炎・発疹・じんま疹を起こしやすい方では造影剤の使用に制限が加わる、もしくは使用できないことがありますので、該当される方は必ず同意書にお書き頂くか放射線科スタッフへお申し出下さい。
- (5) 授乳中の方は母乳にこの薬が含まれるので、検査後 24 時間は授乳を避けてください。
- (6) 検査中に合併症が生じた場合には、適切な処置を行いません。

◆遅発性合併症について

じんま疹や皮膚のかゆみ、頭痛などの症状が造影検査終了後 30 分から 1 週間程度遅れて生じることがあります。

このような症状が生じた場合には、かかりつけの医療機関に連絡しご相談ください。

東京女子医科大学附属足立医療センター

放射線科

※造影剤使用についてのご説明を必ずお読みになっていただき、検査当日に同意書をお持ち下さい。

MRI 造影検査問診票および同意書

※**太字**は医師記入になります。
(造影剤のご説明が添付してありますので必ずお読み下さい。)

- 病変の範囲や性質を調べるために造影検査が必要である
- 血管の病気が疑われ造影剤を使用して血管を詳しく調べる必要がある
- その他 (_____)

私には以下の様な既往があります。

- ガドリニウム造影剤を使用した検査を受けたことがある (有 ・ 無)
- その時ガドリニウム造影剤で合併症が生じた (有 ・ 無)
(具体的な症状 _____)
- 薬や食物でアレルギー反応が生じたことがある (有 ・ 無)
(具体的な内容 _____)
- ぜんそく (有 ・ 無)
(発作の状態や治療 _____)
- 腎臓の病気をしたことがある (有 ・ 無)
(具体的な内容 _____)

私は担当医師より造影検査の説明を受け、また合併症を理解しましたので必要があれば造影検査を受けることに同意します。

東京女子医科大学附属足立医療センター 病院長 殿

年 月 日

(未成年者の場合は親権者名)

患者 氏名 _____ 印

医療機関名 _____

家族 氏名 _____ 印

主治医名 _____ 印

(続柄 _____)