

検査にあたって

- ◎検査時間は、内容によりますが、おおよそ30分～60分です。
- ◎検査中は工事現場のような大きな音がしますが、ご心配なさらないでください。
- ◎着替えのしやすい服装でお越しください。
- ◎金属を含んでいる化粧品〔マスカラ・アイシャドー・増毛パウダー・白髪隠しなど〕は、つけずにお越しください。
- ◎服用中のお薬がある場合は、普段どおり服用してください。
- ◎骨盤の検査の場合は、1時間前にトイレを済ませておいてください。
- ◎MRI非対応の心臓ペースメーカー、人工内耳、神経刺激装置などの電子機器およびMRI非対応の脳動脈瘤クリップや磁石を使った義眼などを埋め込まれている患者様は検査を受けることができません。
- ◎条件付きMRI対応心臓ペースメーカーを埋め込まれている患者様は、『心臓内科医の診察→検査予約→検査実施』と当院の規定に従って受けていただく必要があります。必ず予約時に申し出てください。
- ◎冠動脈ステント、MRI対応の脳動脈瘤クリップ、各種整形外科用インプラント、口腔内インプラントなどは通常問題なく検査を受けられますが、製品によっては画質や身体に影響が出ることがあります。検査時に担当者へお伝えください。
- ◎金属インプラントの安全性に関しましては、
 - ①埋め込みを受けられた医療機関にて「安全にMR検査を受けられる物品である」ことを確認していただく
 - ②埋め込みを受けられてから、1度でもMR検査を受けられたことがあり、安全に終了した上記のいずれかの条件を満たされている場合は安全と判断します。
- ◎閉所恐怖症の方、妊婦あるいは妊娠の可能性のある方、入れ墨やタトゥーをされている方は検査時に担当者へお伝えください。

緊急検査や機械トラブルなどで、予約時間より遅れる場合がございます。あらかじめ、ご了承ください。

ご不明な点がある場合や、ご都合で検査が受けられない場合は、事前に下記へご連絡ください。

検査に関するお問い合わせ：新東京病院《放射線科》

Tel 047-711-8700 (内線 7409)

日曜・祝日を除く 月曜～土曜 08:30～17:00

新東京クリニック《放射線科》

Tel 047-366-7000 (内線 1236)

日曜・祝日を除く 月曜～土曜 08:30～17:00

予約の変更：Tel 047-366-7100

日曜・祝日を除く 月曜～土曜 10:00～12:00、14:00～17:00

造影剤（ガドリニウム製剤）を用いる MR 検査を受けられる方へ

今回実施する MR 検査は、造影剤という薬剤の注射をして行います。
造影剤はより正確な診断をするために用います。基本的に安全なお薬ですが、
下記に示すような副作用が起こることもあります。

軽い副作用

吐き気・動悸・頭痛・かゆみ・発疹など

基本的に治療を要しません。

このような症状を発生する頻度は、約 100 人につき 1 人、つまり 1%です。

重い副作用

呼吸困難・意識障害・血圧低下など

通常は治療が必要で、後遺症がのこる可能性があります。

そのため、入院や手術が必要なこともあります。

このような症状を発生する頻度は、約 1 万人につき 5 人以下、つまり 0.05%以下です。

ショック死

病状や体質によっては、約 100 万人につき 1 人の割合(0.0001%)で、
死亡する場合があります。

造影剤による副作用の大部分は、検査中に起こりますが、検査が終わって数時間から数日後に症状が出ることもあります。

上記症状が疑われたときはすぐにお近くの医療施設、または当院救急外来を受診してください。

新東京病院救急外来 047-711-8700 内線 6102

造影剤を勢いよく注射する場合には、血管外に造影剤がもれることがあります。

この場合には、注射した部位が腫れて、痛みを伴うことがあります。

基本的には時間がたてば、吸収されて心配ありません。

もれた量が多い場合には、別の処置が必要となることもありますが、非常にまれです。

当院では、万一の副作用に対して、万全の体制を整えて、検査を行っています。

患者様には、造影剤の必要性和危険性をよく理解していただいた上で、安全に検査を行うために、

造影剤（ガドリニウム製剤）を用いる MR 検査のための問診表にお答えください。

造影剤（ガドリニウム製剤）を用いるMR検査のための問診表

適したものの口内に、×印を入れてください。1,2,4の『あり』を選ばれた方は、
適した言葉を○で囲むか、あるいは（ ）の中に具体的な言葉を書いてください。

1. 今までに、造影剤(注射・点滴)を用いた検査を受けたことがありますか？

なし あり : CT検査 ・ 腎臓検査 ・ 胆嚢検査 ・ 血管造影 ・ MR検査

2. その時、副作用はありましたか？

なし あり : 発疹・かゆみ・吐き気・嘔吐・頭痛・その他（ ）

3. 今までに喘息（ぜんそく）といわれたことがありますか？

なし あり（最終発作： 年 月） 治療中

4. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？

なし あり : じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・その他（ ）
薬のアレルギー（薬剤名： ）食物のアレルギー（食物名： ）

5. 腎臓のはたらきが悪い（腎不全など）といわれたことがありますか？

なし あり

6. 現在、妊娠中、または妊娠している可能性がありますか？

なし あり わからない

上述の問診表のうち問い2-5で『あり』の項目にあてはまる方は、
造影剤の副作用の起こる確率が高くなります。

このような場合には、検査担当医師の判断で造影剤を使わない場合もありますので、ご了承ください。

造影（ガドリニウム製剤）MR検査同意書

私は、現在の病状、造影検査について説明を受け納得しましたので、 年 月 日の
造影検査を受けることに同意します。（同意された場合でも、いつでも撤回することができます。）

【説明】

説明年月日： 年 月 日

説明医師： (印)

同席者： 職種：

【同意】

同意年月日： 年 月 日

同意者（本人）：

【代諾者】

代諾者名： 患者さまとの関係：