

腹部造影MRI（食事制限あり）

検査の準備：検査4時間前から食事はとらないでください。

＊午前検査のため朝食をとらないでください。



【 検査の流れ 】

- ・検査開始と終了の時刻が予定より多少前後する場合があります。予めご了承下さい。
- ・検査当日は安全のために入室前にMRIスタッフから問診をさせていただきます。
- ・検査着に着替えて検査します。
- ・検査の時間は、約60分です。（注射があります）
- ・検査中は大きな磁石のトンネルの中に入ります。音が大きな検査ですが、検査前に耳栓をお渡しします。痛みや危険はありませんので安心下さい。
- ・造影検査ですので、問診票を提出して下さい。
- ・同意書は、検査当日に署名していただきます。

【 検査室に持ち込めない物 】

- ・検査室内は、検査の妨げになる為金属類の持込は禁止です。
- ・荷物はロッカーの中に入れておいて下さい。

（例）



アクセサリー
腕時計



ジェルネイル
ネイルストーン



補聴器



かつら・毛染粉



入れ歯
歯科用インプラント



持続グルコース
測定器



カラー
コンタクトレンズ

- ・検査当日は化粧をお控えいただくか、落とせるようにご準備をお願いします。
- ＊化粧品に含まれる成分によっては皮膚の損傷や検査に影響が出る可能性があります。

【 検査を受けられない方 】

- ・以下の方は事前にMRIをすすめて頂いた医師に申し出てください。



ペースメーカー
のある方



妊娠 3ヶ月以内
の方



閉所恐怖症
の方

＊ご不明点などがありましたら、マツダ病院地域連携センターまでご連絡ください。

マツダ病院 地域連携センター
TEL：082-565-5014

MRI検査問診票

※MRI検査を安全に行うために以下の質問に正確にお答えください。

①体内に以下のような医療用の金属・機器が入っていますか？

★心臓ペースメーカー	いいえ	はい
★植込み型除細動器	いいえ	はい
★人工内耳	いいえ	はい
★神経刺激装置	いいえ	はい
★金属製の人工心臓弁	いいえ	はい
★印が付いているものが【はい】の場合は当院では検査不可となります。		
*消化管の止血クリップ	いいえ	はい
*脳室シャントチューブ	いいえ	はい
*人工関節・骨頭	いいえ	はい
*歯科用インプラント	いいえ	はい
*血管内の金属・人工物 (コイル・ステント・フィルター)	いいえ	はい
*体内に上記以外の人工物	いいえ	はい
*印がついているものは入れた時期やMRI対応しているかどうか事前に確認しておいてください。 【 年 月頃】 MRI対応ですか？ はい		

② 入れ墨・アートメイクをしていますか？ いいえ はい

* 検査当日は化粧をお控えいただくか、落とせるようにご準備をお願いします。
化粧品に含まれる成分によっては、皮膚の損傷や検査に影響が出る可能性があります。

③ カラーコンタクトレンズを使用していますか？ いいえ はい

④（女性のみ）妊娠あるいは妊娠の可能性ありますか？ いいえ はい

⑤ 使用する電磁波の影響を考慮する上で必要なため、身長と体重をご記入ください。

身長 [] cm 体重 [] kg

記入日 年 月 日 氏名

MRI造影検査に関する問診票 兼 同意書

下記の間診項目の答えに該当するものの□の中に“レ”でチェックを入れてください。

1. これまでに造影剤を使用した検査をお受けになったことがありますか？

☐いいえ ☐はい

“はい”とお答えになった方、それはどのような検査でしたか？

☐MRI ☐CT ☐血管撮影 ☐その他（ ）

その時、副作用が出ましたか？（熱感を除く）

☐出なかった ☐出た

“出た”とお答えになった方、それはどのような症状でしたか？

☐発疹（かゆみ） ☐吐き気 ☐嘔吐 ☐頭痛 ☐くしゃみ ☐息苦しさ
☐血圧低下 ☐その他（ ）

2. これまで、以下の病気と言われたことがありますか？

☐いいえ ☐はい➡ ☐喘息（ぜんそく） ☐腎機能低下（腎不全等）

3. アレルギー体質や、アレルギーの病気がありますか？

☐いいえ ☐はい

“はい”とお答えになった方、それはどのようなアレルギーですか？

☐じんましん ☐アトピー性皮膚炎 ☐アレルギー性鼻炎
☐その他（ ）
☐薬剤アレルギー（薬剤名： ）
☐食物アレルギー（食物名： ）

4. ペースメーカーを入られていますか？

☐いいえ ☐はい

5. 現在、妊娠またはその可能性がありますか？（女性の方のみ）

☐いいえ ☐はい

6. 現在、育児中の方、母乳による授乳をされていますか？（授乳中の方のみ）

☐いいえ ☐はい

7. 造影剤の投与量算出の為、現在の体重をお教えてください。

（約 kg）

※主治医記載欄

腎機能(eGFR値)

採血日（3ヵ月以内のデータ） 年 月 日 eGFR(ml/min/1.73m²)

マツダ病院長 殿

私は主治医よりMRI造影検査について十分な説明を受け、質問する機会を得ました。
この説明により、予定されている造影検査について理解出来ましたので、造影検査を
実施することに同意致します。

年 月 日

患者または代理人（続柄） （署名） 印

医師

MRI造影検査に関する説明書

造影剤を使用しなくてもMRI検査は行えますが、検査が不十分になる場合もあります。

造影剤を用いることにより、あなたの病気の状態をより正確に明らかにし今後の治療に役立てる立てることが出来ます。MRI用の造影剤は、安全なお薬ですが、まれに副作用が起こることもあります。副作用の種類は次のようなものです。

軽い副作用：吐き気、動悸、頭痛、かゆみ、発疹などで、ふつうは特別な治療を要しませんが、症状によっては抗アレルギー剤を投与する場合があります。このような副作用の起こる確率は、約 1 0 0 人につき 1 人です。

重い副作用：呼吸困難、意識障害、血圧低下などです。このような副作用は、通常は治療が必要で、後遺症が残る可能性があるので、入院となる場合もあります。このような副作用が起こる確率はまれで、1 万人につき 5 人以下です。非常にまれですが、約 1 0 0 万人に 1 人の割合で、死亡事故の報告があります。

残念ながら、こうした副作用が発生するか否かを事前に知る方法はありません。また、前回の検査の時には異常がなくても、副作用が出る場合があります。

なお、造影剤を注入するときに血管外に造影剤がもれることがあります。この場合には、注射した部位がはれて、痛みが伴うこともありますが、基本的には時間がたてば、吸収されますので、心配いりません。もれた量が多い場合には、処置が必要となることもあります。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。もし異常を感じたら、ためらわずにすぐおっしゃって下さい。

マツダ病院 地域連携センター

TEL：082-565-5014

※ご記入いただいた全ての個人情報は、当院が公表しております『個人情報の利用目的』以外の目的には一切利用いたしません。