

MRI 検査申込案内（医師用）

◎ご紹介くださる先生方へ

FAX で MRI 検査を申し込まれる場合は、別紙「MRI 検査申込書」を医療連携担当まで送付して下さい。

1 予約先 東京都立多摩総合医療センター 医療連携担当
申込用紙送付先 FAX 042-323-9205
予約に関する連絡 TEL 042-323-5111（内線 2184）

2 予約についての注意事項（必ずご確認ください）

- 検査は時間がかかることもありますので、1 予約 1 検査部位の 1 申込書（1 日）でお願いします。
- MRI 検査予約の前に、患者さんへの問診により、別紙 MRI 検査申込書（FAX 専用）のチェックリストの項目を確認して FAX で送信して下さい。また、説明書の内容を患者さんと一緒に確認していただき、同意書に患者さんの署名を記載するようにご説明ください。
- MRI 検査時当日は、ご紹介状（依頼目的及び臨床情報の詳細を記載したもの）、同意書、X-P、CT 画像データなどの参考資料（CD-R 等）をお持ちいただくようお願いください。
- 検査の予約日時の変更は、基本的には行っておりません。その場合、一旦予約を取り消していただき、改めて希望の日時に予約を入れてください。予約取り消しの連絡先は上記の医療連携担当になります。
- MRI 検査を安全に行うために、体内挿入物の有無を必ず確認してください。体内挿入物がある場合は、どのような体内挿入物か、MRI 検査対応の材質なのかを確認してから予約をお願いします。
- MRI 対応ペースメーカー・ICD を挿入している場合は、検査前にメーカーの確認、設定変更等の対応のため、当院循環器科外来の受診が必要になります。予約前にご相談ください。

3 患者さんへの説明事項

- MRI 検査は強磁場内での撮像になります。別紙にある禁忌事項についてはもちろんですが、磁性体の持ち込みについて注意が必要となります。また、非磁性体であっても画質に影響を及ぼす場合や身体に異常が現れた場合は、検査を中止することもあります。
- 検査の内容により造影剤の使用が考えられる場合は、腎機能の確認と副作用の点も含めて説明をお願いします。

4 飲食の制限について

- 腹部の検査の方は、**検査予約時間の4時間前まで**に食事をお済ませください。

お茶、お水の制限はありません。

- その他の検査の方は、飲食および薬の服用は結構です。

お問い合わせ先 東京都立多摩総合医療センター TEL：042-323-5111

検査について：診療放射線科 MRI 室 内線 2202

予約について：医療連携担当 内線 2184

MRI 検査 申込書 (FAX 専用) (FAX 042-323-9205) 送付日 年 月 日

依頼元医療機関 (報告書送付先)	
担当医お名前	
ご住所 〒	
お電話	FAX 番号

検査予約希望日時 年 月 日 午前・午後 前回検査の有無 (有・無)
MRI 画像は (CD-R・フィルム) 希望

(フリガナ)

患者氏名 (男・女) 生年月日 T・S・H・R 年 月 日

住 所 〒

自宅電話番号 () 当院受診歴 (有・無・不明)
(ID:)

(当てはまる場合は をお願いします)

疾患名: 54・83 難病医療証使用 自費診療

主 訴:

検査目的・臨床情報:

<検査部位> 部位は 1 箇所のみ○をお願いします。

頭部 (脳・後頭蓋窩・下垂体・眼窩・内耳道)	頭頸部 (副鼻腔・顎関節・咽頭喉頭・耳下腺)
胸部 (心大血管・縦隔)	腹部 (肝臓・胆嚢・膵臓・腎臓・MRCP・腹部大血管)
骨盤 (膀胱・子宮・前立腺)	脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・仙椎)
四肢 (上肢・下肢)	関節・その他 ()

<チェックリスト> 患者さんの安全を守るため、必ず以下の項目にご記入をお願いします。

禁忌 または 嚴重注意 この項目がある場合は検査ができないことがあります。	
心臓ペースメーカー・(ICD) (有・無)	人工内耳・中耳 (有・無)
頭蓋内クリップ・コイル (有・無)	血管内ステント挿入手術後 (有・無)
心臓の人工弁 (有・無)	刺青がある (有・無)
V-P シャント (マグネット式) (有・無)	乳房皮膚拡張器 (エキスパンダー) (有・無)
妊娠初期・妊娠の可能性 (有・無)	手術後 (内視鏡手術を含む) (有・無)

注意 検査できない場合や磁場の乱れ等により良好な画質を得られない場合があります。

閉所恐怖症 (有・無)	可動性義眼 (可能有・無)
てんかん (有・無)	避妊リング (可能有・無)
重症不整脈 (有・無)	骨折固定金属・人工関節 (可能有・無)
義手・義足 (有・無)	体内に金属が入っている (可能有・無)

腎機能の評価 : 血清クレアチニン値 mg/dl (測定日 年 月 日)

気管支喘息 (有・無) ・ **MRI 造影剤アレルギー** (有・無)

検査内容によっては、造影剤の使用が診断をより詳細、確実にする場合があります。上記チェックリスト結果から、最終的に当院放射線科医師により判断させていただきます。患者さん(あるいは御ご家族)に説明したうえで造影剤使用の 可・不可をご記入ください。

造影剤の使用 (可・不可)

患者氏名 _____

MR I 検査 説明書および同意書

性別 男・女 _____

(検査当日に必ずお持ちください)

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____

(検査実施時記入)

多摩総合ID: _____

1 MR I 検査とは

- 磁力と電磁波を用いて身体内の断面を撮像し、病気の診断に役立てます。検査時間は部位や病気の種類により異なりますが、約30分～1時間程度です。
- 撮像中は大きな音がします。ご心配な方は検査前にMR I 担当技師に申し出てください。
- 磁力を用いるため、検査室内へは金属類の持ち込みはできません。そのため、更衣室で検査着に着替え、金属類はすべて更衣室のロッカーに入れ、鍵をかけて頂きます。
金属類とは、装身具・眼鏡・ヘアピン・入れ歯・カイロ・エレキバン類・時計・携帯電話・補聴器・鍵・カード類などです。アイライン・付けまつげ・カラーコンタクト、機能性温感下着（ヒートテック等）も、金属が含まれ熱くなる場合があるのではずしていただきます。
- 病気の種類により、必要に応じて造影剤を静脈注射する場合があります。造影剤投与により、下記のような副作用が生じる可能性が稀にありますが、造影剤投与によって得られる情報は、あなたの病気の診断に極めて重要なことですので、十分なご理解を頂けるようお願いいたします。

2 MR I 検査禁忌事項および検査ができない可能性のある方

- MR I 検査そのものは痛み等なく安全な検査ですが、妊娠および妊娠している可能性のある方は、検査前に主治医に申し出てください。
- 心臓ペースメーカー・ICDー、心臓人工弁、頭蓋内クリップ、V-Pシャント（マグネット式）、人工内耳、可動性義眼、避妊リング、てんかん、重症不整脈、骨折固定金属、人工関節、乳房皮膚拡張器（エキスパンダー）、体内に金属がある方、手術直後の方、刺青のある方、閉所恐怖症の方は、検査できない場合がありますので検査前に主治医および検査担当技師に申し出てください。

3 造影剤による副作用等について

- 造影剤により、稀にアレルギー反応を生じることがあります。アレルギー体質・薬物過敏症・造影剤で副作用の出たことのある方・腎機能低下や透析中の方は、検査前に主治医に申し出てください。
- 症状としては、吐き気・かゆみ・くしゃみ・発疹・めまい等で、そのほとんどは軽度なものです。しかし、20～45万人に一人位の割合で、重度な副作用（血圧低下、呼吸困難、意識混濁等）が出現することもあり、ごく稀ですが死亡例も報告されています。しかし、万が一副作用があっても、当院ではすぐ適切な処置を行えるように万全の体制をとっておりますのでご安心ください。
- 検査中に異常を感じた方は、周囲にいる医師、看護師、診療放射線技師にお申し出ください。
- 検査終了直後数時間から一週間の間に、皮疹（遅発性副作用）が起こる場合もあります。徐々に消失することがほとんどだと言われていますが、増悪する場合や一週間を超えて持続する場合は別紙問い合わせ先：救急外来までご連絡ください。
- 造影剤を静脈に注入する際、血管が注入圧に耐えられない場合、造影剤が血管外に漏れ出してしまう場合があります。注射部位に急激な痛みや違和感がでた場合はすぐにお申し出ください。
- 造影剤は母乳中にも排泄されるため、検査後48時間は授乳をおやめください。

4 その他

- 検査中は、身体を動かさないようにしてください。
- この検査（処置）に関連して、緊急の場合あるいは医学上の立場から処置を変更する必要があることを予めご了承ください。

同意書

医療施設名

依頼医師

印

私は、MR I 検査について上記医師よりの説明を受け、その必要性および安全性並びに合併症などの危険性を十分理解し納得しました。ついては、検査を実施することに同意します。なお、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には、適宜処置を施すことについても同意します。

年 _____ 月 _____ 日 _____ 本人氏名（署名）

同意者氏名（署名） _____ （続柄） _____

MR I 検査を受けられる方へ（ご案内）

【注意事項】

- ① 飲食および薬の服用は結構です。ただし、**腹部**の検査の方は、検査予約時間の**4時間前までに食事をお済ませください。**
- ② MRI 検査は、磁力を利用した検査です。検査室内へは**金属類の持込はできません。**
- ③ 検査当日、**紹介状と検査同意書**を必ずご持参ください。



金属類とは、装飾品（アクセサリー類）、眼鏡、ヘアピン、入れ歯、補聴器、カイロ、エレキバン類、時計、携帯電話、スマートフォン、カード類などです。その他不明なものについては、担当の技師にお聞きください。更衣室にて、検査着に着替えていただきます。金属ボタンやホックのある下着、機能性温感下着（ヒートテック等）もはずしてください。



【造影剤について】

造影剤を使用する場合があります。下記の注意事項をお読みください。

- ① 必要に応じて「造影剤」を注射する場合があります。
- ② アレルギー体質、薬剤過敏症、妊娠及び妊娠している可能性のある方はお申し出下さい。
- ③ 造影剤を注射すると、吐き気、かゆみ、めまい等の副作用がごくまれに生じることがあります。異常を感じた際は、周囲にいる医師、担当技師、看護師にお申し出下さい。また、検査中でも手にブザーを持っていただきますので、すぐに知らせることができます。
- ④ 造影剤による副作用は、検査終了後から数日間後に生じる場合もあります。帰宅後に生じた場合は下記問い合わせ先：救急外来にご連絡ください。

都合で検査を受けられなくなった場合、できるだけ速やかに依頼元の先生へ連絡をお願いします。なお、不明な点がありましたら、下記の放射線科 MRI 室までお問い合わせ下さい。

お問い合わせ先

月～土曜日（9時～17時）	多摩総合医療センター 放射線科MRI室 TEL 042-323-5111 （内線:2202）
休日・夜間（上記時間外）	多摩総合医療センター TEL 042-323-5111 （内線:2237）

