



## MR I 検査の説明と同意書【院外用】

I D :  
患者氏名 : 様  
生年月日 :

説明日: 令和 年 月 日
説明医師:
診療科名:
臨床診断:

### ◎MR I 検査とは、強い磁力と強い電波を用いて撮像する検査です。

- ・ 撮像中は工事現場のような大きい音がしますので、ヘッドホンまたは耳栓をして入って頂きます。
- ・ 検査にかかる時間は30分から1時間前後です。検査中に痛みはありません。
- ・ 検査中は、体を動かすことはできません。
- ・ 体内に電子装置や特殊な金属類がある方は、MR I 検査はできません。  
(金属類についてご不安、ご不明な場合は、診察時に主治医または看護師にご相談ください。)

### ◎予測しうる合併症と予後

- ・ 検査中、体の表面が熱くなったり、稀にヤケドをする事もあります。
- ・ 検査後、皮膚のかゆみや痛み、発疹、色の変化が現れる事があります。
- ・ その他:( )

### ◎検査室に入る前の準備と注意点

- ・ 以下のような金属類は、身体から外して更衣室に保管して下さい。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>○ 時計、携帯電話、補聴器、<u>磁気カード</u>（駐車券、銀行カード、クレジットカード、など）<br/>※<u>壊れたり、使用できなくなったりする場合があります</u>。</li><li>○ ヘアピン、アクセサリ（ネックレス、ピアス、指輪など）</li><li>○ その他の<u>金属</u>を含むもの（はずせる入れ歯、エレキバン、使い捨てカイロ、メガネ、かつら、<u>金属</u>のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど）</li><li>○ 防寒下着（ヒートテック、ボディヒーター、あったかインナー等）、湿布薬</li></ul> |
|--|

- ・ 義肢（義足、義手）、コルセット、義眼などは、入室前に取り外していただきます。
- ・ カラーコンタクトレンズ、アイメイク（アイシャドー、マスカラなど）は、含まれている成分によっては発熱し眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります。

検査当日は、つけずに来院して下さい

- ・ 刺青（イレズミ：背中、胸、腕など）は変色する場合があります。また、検査中に熱感などを感じる場合がありますので、異常を感じたらブザーでお知らせください。
- ・ 磁石を利用した義歯は、MRI 検査後に磁力が低下する場合があります。
- ・ 妊娠初期はMR I 検査を受けないことが望ましいので、主治医または看護師にご相談ください。
- ・ 小児の検査では、睡眠剤や安定剤を使用することがあります。担当科の指示に従ってください。
- ・ 検査の30分前、造影検査は、1時間前には、病院にお越し下さい。
- ・ 検査時間に遅れた場合、予約の取り直しになる事もあります。時間厳守のご協力をお願い致します。



MR I 検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答え下さい。

- 1) 体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか？
  - ・心臓ペースメーカー（MR I 対応も含めて）、埋め込み型除細動器 ( いいえ はい )
  - ・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置 ( いいえ はい )
  - ・脊柱管内リード線、脊髄刺激装置 ( いいえ はい )
  - ・脳動脈クリップ（くも膜下出血の手術） ( いいえ はい )
  - ・人工心臓弁、心臓や血管内の金属類、人工物（リード線、コイル、ステント） ( いいえ はい )
  - ・圧可変式バルブシャント（脳室シャントなど） ( いいえ はい )
  - ・消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ ( いいえ はい )
  - ・人工骨頭、人工関節、釘など（整形外科の手術） ( いいえ はい )
  - ・胆管、食道、気管などの金属ステント ( いいえ はい )
- 2) 体内に外傷による金属片（銃弾破片や鉄片など）がありますか？ ( いいえ はい )
- 3) 以下の金属類や人工的なものを身に付けていますか？ ( いいえ はい )

身に着けている場合○で囲んで下さい。補聴器・義眼・義足・義手・コルセット・鍼の治療針・歯列矯正器具・磁石を利用した義歯（磁石式インプラント：マグネットデンチャー、マグフィットなど）

※上記1)～3)以外の金属、人工物があればご記入ください。【.....】

- 4) 刺青（イレズミ）をしていますか？ ( いいえ はい )
- 5) 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 )
- 6) 貼り薬を貼っていますか？ ( いいえ はい )
- 7) 閉所恐怖症ですか？ ( いいえ はい )
- 8) いままでMR I 検査を受けたことがありますか？ ( いいえ はい )
- 9) 女性の方へ：妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？ ( いいえ はい )

以上の問診及び過去画像を確認し診察の結果、MR I 検査の施行は（可・不可）と判断しました。

説明日 令和 年 月 日 説明医師 署名 \_\_\_\_\_

現在の病状及び検査の必要性とその内容、これに伴う合併症ならびに今後の見込みについて上記の通り十分な説明を受け、理解しました。つきましては、検査及び、麻酔等を含めて、上記実施中に必要な操作と検査・治療に必要な全ての処置をお願いいたします。

MR I 検査に関する概要と禁止事項の説明を受け理解ができましたので、MR I 検査を受けることに

**同意します ・ 同意しません**（いずれかに○を付けて下さい）

沖縄県立八重山病院長 殿

同意日 令和 年 月 日 本人 署名 \_\_\_\_\_

※ 患者様本人が署名できない場合や未成年者は、保護者もしくは代理人が署名して下さい。

保護者もしくは代理人 署名 \_\_\_\_\_（続柄： \_\_\_\_\_）

※ 患者様本人が署名できない場合、医師はその理由を選択する。その他の場合は状況を記載する。

意識障害  小児の場合  判断能力に支障がある。  その他【.....】