

# MR検査の概要

## ■ MRI、MRAについて

MR検査は、放射線を使用せず、強い磁場を使用して画像を得る検査です。

MRI (Magnetic Resonance Imaging) は脳の断面を詳細に写し出し、脳梗塞や動脈瘤、脳腫瘍等を検出します。MRA (Magnetic Resonance Angiography) は血管の状態を詳しく見るために用いられ、脳動脈瘤や脳動脈閉塞等を検出します。しかし、MRI、MRA共に検査には強い磁場を使用するため、いくつかの制限や注意事項があります。当院での検査が不可能と医師が判断した場合には、必要に応じて他施設に紹介致します。

## ■ MR検査の流れ

### ①MR同意書（本紙）の記載

②着替え：スタッフが更衣室にご案内します。金具のない下着、靴下以外の衣服は全て脱ぎ、指定の検査着に着替えていただきます。その際に、持ち込み禁止物品を取り外していただきます。

③検査前確認：スタッフが検査前に、金属類の取り外しが完了しているか確認を行います。

④検査開始：検査時間は約5～15分です。検査台では仰向けで目を閉じてください。準備が整いましたら、検査台ごとお身体が直径約60cmの穴の空いたトンネルの機械に入ります。検査が開始するとトントン、ガーガーと工事現場のような大きな音が鳴ります。その他の、痛みや振動などの刺激は全くありません。

⑤着替え：検査終了後、着替えて終了です。検査結果が出ましたら、診察室で医師より結果説明を致します。

## ■ MR検査中の注意事項

- ・MR検査は強い磁場を使用するため、金属類や磁気類は持ち込み禁止です。持ち込んだ場合は、発熱による火傷、物品が強力な磁場に引っ張られることによるケガ、物品の故障の可能性があります。
- ・頭部の細部まで撮影します。そのため、**検査中はお身体を動かさないようにご協力ください。**
- ・入れ歯、カラーコンタクトをご使用の方はスタッフにお申し付けください。容器をお渡しします。カラーコンタクトのケースは別途100円いただきますのでご了承をお願いします。
- ・閉所恐怖症の方はスタッフにご相談ください。また抗不安薬を内服の際はスタッフにお声がけください。
- ・お子さまも検査を受けられます。年齢制限は特にありませんが、検査の間は動かずにいられることが条件となります。保護者の方が一緒に検査室に入ることも可能です。

## ■ MR室に持ち込み禁止物の例

- ①貴重品：**入れ歯、補聴器**、メガネ、万歩計、財布、時計、スマートフォン、携帯電話、鍵、クレジットカード、キャッシュカード、交通系ICカード、ボールペン
- ②アクセサリ類：ネックレス、ピアス、イヤリング、指輪、ヘアゴム、ヘアウイッグ、ヘアピン
- ③衣類：ヒートテックなどの発熱機能のある下着、金具つきの下着、コルセット、ベルト
- ④貼付物：湿布、エレキバン、ホッカイロ、鍼治療の置き針
- ⑤パッチ剤：ニトロダーム、ニコチネル、ニュープロパッチ、ノルスパンテープ（支持体にアルミニウムを含有しているため加熱による火傷の可能性があります。）
- ⑥化粧品類：ラメを含んだマスカラやアイシャドウ、ディファインを含むカラーコンタクト

※以下の欄は後日検査を受けられる方のみ記載します。

予約日時	年	月	日	曜日	時	分から検査開始
------	---	---	---	----	---	---------

※必ず検査開始の20分前にはご来院ください。検査前の問診票、同意書の記入や更衣があります。指定のお時間を過ぎますと、検査ができない事があります。ご了承をお願いします。

ID :

氏名 : 様

# MR検査問診票

## I. 以下の質問にお答えください

- ① これまでにMR検査を受けたことがありますか? . . . . . はい・いいえ
- ② これまでに手術をされたことがありますか? . . . . . はい・いいえ  
病名と手術名 ( \_\_\_\_\_ )
- ③ 閉所恐怖症ですか? . . . . . はい・いいえ
- ④ 女性の方へ 現在妊娠やその可能性はありますか? . . . . . はい・いいえ
- ⑤ 体重をご記入ください。 . . . . . 体重 \_\_\_\_\_ kg

## II. 以下のものが挿入されていますか? MR検査を受けられない金属や磁気装置です。

- 心臓ペースメーカー     体内埋め込み式除細動器     人工心臓弁
- 体内植込み型装置 (VNS=迷走神経刺激装置、DBS=深部脳刺激装置、SCS=脊髄刺激装置、ICD=植込み型除細動器、体内埋め込み式インスリンポンプ、骨成長刺激装置)
- 人口内耳・中耳     冠状動脈や頸動脈にステントを挿入されて間もない方 (2ヶ月以内)     無し

## III. 以下のものが挿入されていますか?

MR検査を受けられない可能性のあるものなので医師の判断が必要な金属や磁気装置です。

- 脳動脈瘤クリップ → 手術は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に施行★
- 脳血管内治療のコイル・ステント → 手術は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に施行(平成以降は大体検査可能です)
- 人工関節 → 部位は \_\_\_\_\_ 、手術は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に施行★
- 人工心臓弁 → 手術は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に施行★
- 水頭症に対するシャントチューブ (検査の前後でバルブ圧確認の必要がある場合があります)
- 磁石式人工肛門・義眼・義歯(磁力が減弱する可能性があり、かかりつけの病院で調節が必要です)
- 骨折などに対するボルトやプレート → 部位は \_\_\_\_\_ 、手術は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に施行★
- 刺青、眉やアイラインなどのアートメイク (変色や、発熱によるやけどの可能性あります。)
- その他体内金属、磁気製品 → 部位は \_\_\_\_\_ 、手術は \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月に施行★
- 無し

★手術を行った年度、挿入している材質、挿入部位によって検査が不可能な場合があります。

医師署名欄 : \_\_\_\_\_ (検査は可・不可)

# MR検査同意欄

- ・ MR検査の必要性和注意事項を理解し、検査を受けることを同意します。
- ・ 問診票の結果によっては、身体の安全を考え検査を中止する場合があります。
- ・ MR検査を受ける方が未成年やご本人でのご署名が難しい方は、ご家族や代理の方のご署名をお願いします。
- ・ 検査に同意していただいた後、物品や貴重品の破損等について当院で責任を負うことはできません。

検査同意日 : 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

生年月日 : 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日    年齢 : \_\_\_\_\_ 歳

ご署名 (本人) : \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_

代理の方のご署名 : \_\_\_\_\_ 続柄 ( \_\_\_\_\_ )