



## MR 検査説明書



### 1. MR 検査について

MR 検査は、磁石（磁場）と電波を使ってコンピュータ処理により身体の断面図を得るものです。

検査時には、ドーナツ型の大きな磁石の中で 20～45 分間安静のまま仰向けの状態で静止していただきます。検査内容によってはうつ伏せ、側臥位での体勢で行います。体勢保持が困難な場合は検査が出来ないことがあります。事前に担当医師にご相談ください。

また閉所恐怖症の方は事前に検査担当者にお申し出ください。可能な範囲で、安心して検査を受けていただけるよう対応いたします。

### 2. 体内金属などについての確認事項

①～⑦の項目に該当する場合、検査前後の処置を要する、または MR 検査が出来ないことがあります。該当する方は必ず担当医師までお申し出ください。

- ① ペースメーカー・ICD 装着者、脳動脈瘤手術および心臓弁置換手術をされた方。
- ② 脊髄刺激装置、埋め込み型心電図、人工内耳、骨成長刺激装置が体内に埋め込まれている方。
- ③ 1990 年以前の手術で体内に留置物を埋め込まれている方。
- ④ 事故などで体内に金属破片がある方、金属研磨業をされている方。
- ⑤ 歯列矯正やブリッジ、磁石式インプラントをされている方。
- ⑥ MR 検査前の 2 週間以内に内視鏡検査でクリップを留置されている方。
- ⑦ 体内にシャントを留置されている方。

### 3. 検査当日の注意事項

- ・ 金属類は検査室へ持ち込めません。磁石と電波の影響を受けて、破損および身体に悪影響（やけど等）を及ぼすことがあります。原則外して検査を行います。（補聴器、入れ歯、かつら、カイロ、義手足、ヘアピンおよびアクセサリー類等）
- ・ 原則、検査着に着替えた状態で検査を実施します。
- ・ 貼付剤（ノルспанテープ・ニュープロパッチ・ニトロダーム TTS・ニコチネル TTS 等）は、貼付部位にやけどを引き起こす場合がありますので外して検査

を行います。事前に MR 検査スタッフにお申し出ください。

- リブレ（グルコースモニターシステム）のセンサーは破損、やけど等を起こす場合がありますので外して検査を実施します。
- アートメイク、刺青はやけどを起こすことがありますので、事前に MR 検査スタッフにお申し出ください。
- マスカラ等の化粧、カラーコンタクトレンズ、ネイルアートはやけどを起こすことがありますので、外して検査を実施します。
- ふりかけ式増毛パウダー（スーパーミリオンヘアーEX 等）は検査当日使用しないでください。身につけてきた場合は検査実施できないことがあります。

## MR 検査同意書

患者氏名： \_\_\_\_\_ (患者 ID： \_\_\_\_\_)

検査予定日：

MR 検査説明書に則って検査説明を行い、検査を依頼し実施することを承認しました。

依頼施設：

説明日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師名：

### — 同意書 —

滋賀県立総合病院長 宛

私は、上記担当医師から MR 検査について十分な説明を受けて理解しましたので、検査の実施に同意します。

署名した日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者（または代諾者）氏名（自署）： \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

※オーダー医師の方へ：

患者/代諾者の署名が得られない場合は以下に記載し、カルテにもその理由を記載すること

患者または代諾者（氏名 \_\_\_\_\_）の同意を得ました（医師署名 \_\_\_\_\_）

\*MR 検査の実施についてご同意いただけない場合は、事前に診察室、もしくは担当医師へ

ご相談ください。

## MR 検査同意書

患者氏名： \_\_\_\_\_ (患者 ID： \_\_\_\_\_)

検査予定日：

MR 検査説明書に則って検査説明を行い、検査を依頼し実施することを承認しました。

依頼施設：

説明日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

医師名：

### — 同意書 —

滋賀県立総合病院長 宛

私は、上記担当医師から MR 検査について十分な説明を受けて理解しましたので、検査の実施に同意します。

署名した日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者（または代諾者）氏名（自署）： \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

※オーダー医師の方へ：

患者/代諾者の署名が得られない場合は以下に記載し、カルテにもその理由を記載すること

患者または代諾者（氏名 \_\_\_\_\_）の同意を得ました（医師署名 \_\_\_\_\_）

\*MR 検査の実施についてご同意いただけない場合は、事前に診察室、もしくは担当医師へ

ご相談ください。