



MR 対応心臓植込みデバイス 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。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. 条件付きMR対応心臓植込みデバイスを装着された方への注意事項

平成 24 年 10 月より、MR 撮影が可能な心臓植込みデバイス（ペースメーカー、ICD など）が国内で認可され使用が開始されました。しかし、MR 検査を実際に施行するには、デバイスが MR 検査のできる状態であるかを個別に判定することが必要となります。そのため、事前に循環器内科医師の診察を受けて頂きます。また、MR 検査施行時にはデバイスの設定を検査用に変更することが必要です。適切な設定にしているにもかかわらずまれに緊急対応の必要な不整脈（心室細動など電気ショックを要する場合を含む）が出現する可能性があります。こうした事態を避けるため、MR 検査中も心電図等を観察し緊急時に備えた体制をとって検査を行います。

3. 体内金属などについての確認事項

①～⑥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 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。
- ② 1990 年以前の手術で体内に留置物を埋め込まれている方。
- ③ 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。
- ④ 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。
- ⑤ 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。
- ⑥ 体内にシャントを留置されている方。

4. 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 対応心臓植込みデバイス MR 検査同意書

患者氏名： _____ (患者 ID： _____)

検査予定日：

MR 対応心臓植込みデバイス 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。

説明日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日

依頼施設：
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 対応心臓植込みデバイス MR 検査同意書

患者氏名： _____ (患者 ID： _____)

検査予定日：

MR 対応心臓植込みデバイス 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。

説明日付： _____ 年 _____ 月 _____ 日
依頼施設： _____
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。