



MR (MRCP) 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。検査中は息止めを複数回行います。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申し出てください。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申し出てください。

- 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span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 検査スタッフに申し出てください。
- ・ 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 MRI 検査スタッフに申し出てください。
- 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。

4. 経口消化管造影剤を使用した MR 検査について

経口消化管造影剤を用いることで、病気の有無や状態がはっきりすることが多く、より正確な診断が可能となります。経口消化管造影剤 250ml を検査の直前に飲んでいただき検査を実施します。

5. 副作用について

5%以上の方に軟便、0.1%から 5%未満の方に下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、胸やけなどがあらわれます。症状が強くなるようであれば担当医師にご相談ください。

6. 検査前の注意

検査当日は、食事制限を必ず指示どおりに行ってください。食事制限をされていない場合は検査が出来ない、もしくは長時間お待たせすることがあります。

7. 検査後の注意

抗生物質を内服中の方は検査終了後 3 時間以上あけて抗生物質を服用してください。

MR (MRCP) 検査同意書

患者氏名： _____ (患者 ID： _____)

検査予定日：

MR (MRCP) 検査説明書に則って検査説明を行い、造影検査を依頼し、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 (MRCP) 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 (MRCP) 検査同意書

患者氏名： _____ (患者 ID： _____)

検査予定日：

MR (MRCP) 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 (MRCP) 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。