

【造影MRI検査】ご紹介手順ガイド



造影MRI 連携枠

毎週 月～木曜日 12:00 / 12:30

腎機能確認：eGFR測定必須

食事制限：前3時間絶食

ご紹介・予約完了までの実務手順 (3ステップ)

1 電話で予約枠を確保する

板橋病院 医療連携室に電話し、予約を確定してください。TEL: 03-3972-7800

2 問診・同意書・腎機能検査結果を事前FAXする

金属安全確認と同意取得の徹底が必要です。紹介状原本、確認署名済みの問診票、署名済み同意書を事前にFAX送信してください。FAX: 03-3972-0018

 様式1 診療情報提供書 様式2 MRI前問診票 (要事前FAX) 様式4 造影MRI説明・同意書 (要事前FAX)(eGFR必須) 「④ 造影MRI検査予約票」

3 患者様へのご案内事項

「ご予約時間の**45分前までに**紹介状原本、問診票原本、同意書原本、保険証、予約票を持参し、1階総合案内にお越しいただく」ようお願いください。検査前3時間は絶食です。

造影MRI検査 ご紹介時の最重要注意点

- 腎機能(eGFR値)基準【直近3ヶ月】: eGFR値が**30未満**の場合は原則禁忌です。30～60の場合は腎性全身性線維症 (NSF) のリスクについてご説明・ご考慮の上実施願います。
- 体内金属禁忌・安全性確認: 心臓ペースメーカー、人工内耳等がある場合は強力な電磁波による熱傷や故障のため検査実施できません。様式2での入念な確認と署名をお願いします。
- 検査結果のご返送: 画像CD-R及び読影レポートを検査翌日までに、紹介元医療機関 (貴院) 宛てに直接郵送いたします (当日渡し無)。

診療情報提供書 (連携放射線検査依頼用)

(日大板橋病院提出用)

日本大学医学部附属板橋病院

放射線診断 科 担当医 宛

検査予定日 年 月 日 ()

〒173-8610

東京都板橋区大谷口上町 30 番 1 号

連携予約番号 03-3972-7800 (平日 : 9:00~16:30 土曜 : 9:00~14:00)

FAX 03-3972-0018

年 月 日

医療機関名

(記載せずに名刺を添付頂いても結構です)

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

下記の患者様を紹介いたします。

紹介目的 : MRI検査 CT検査

患者氏名 および 生年月日	フリガナ	男 ・ 女	大正・昭和	年 月 日生 (歳)
	様		平成・令和	
住所				TEL ()
傷病名 又は 主要症状	検査目的			
検査区別 <input type="checkbox"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> 単純+造影MRI <input type="checkbox"/> 単純CT <input type="checkbox"/> 単純+造影CT CT検査 : 部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部~骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 頸椎・胸椎・腰椎 MR検査 : 部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 (MRA有) <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・膵臓・腎臓) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腹部EOB <input type="checkbox"/> 骨盤 (<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 直腸) <input type="checkbox"/> 上肢・下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 部位 : _____) <input type="checkbox"/> 脊椎 (<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎)				

(日大板橋病院提出用)

MRI 検査前問診票

以下の質問に「はい」または「いいえ」でご回答ください。不明な点がある場合は、遠慮なくご相談ください。

1. 以下の体内留置装置・金属を埋め込んでいますか？ → はい・ いいえ

※「はい」の場合、原則として検査を受けることができません。

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー ・神経刺激装置 | <ul style="list-style-type: none"> ・植え込み型除細動器 (ICD) ・脳深部刺激装置 | <ul style="list-style-type: none"> ・人工内耳 |
|---|--|---|

2. 手術等により体内に金属が入っていますか？ → はい・ いいえ

※「はい」の場合、検査を受けられない可能性があります。

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・心臓人工弁 (※1970年以前) ・人工関節、ボルト、プレート、ステープラー、歯列矯正ワイヤー | <ul style="list-style-type: none"> ・外科用クリップ | <ul style="list-style-type: none"> ・心血管ステント |
| <ul style="list-style-type: none"> ・脳動脈クリップ・コイル (※2003年以前) | | |

3. 狭い空間が苦手ですか？ (閉所恐怖症) → はい・ いいえ

※「はい」の場合、原則として検査を受けることができません。

4. 入れ墨、アートメイク、メイクアップ (アイライン、マスカラ等) がありますか？

→ はい・ いいえ

※「はい」の場合、検査中に熱傷・変色を起こす可能性を説明して同意を得てください。

5. 【女性の方のみ】 現在、妊娠している可能性はありますか？ → はい・ いいえ

※「はい」の場合、影響が懸念されますのでご相談ください。

6. インスリン持続注入ポンプや血糖値モニタリングセンサーを装着していますか？

→ はい・ いいえ

※「はい」の場合、検査前に取り外していただきます。

7. 1カ月以内に内視鏡検査を受けましたか？ → はい・ いいえ

※「はい」の場合、止血クリップの有無を確認してください。

8. マニキュア、ネイル (手足)、ヘアパウダーの装着 → はい・ いいえ

※「はい」の場合、原則として検査は実施できません。外してご来院いただきますようお願いいたします。

※造影検査をご希望の場合は、患者及び説明医師の署名をしたうえで、ファックスをお願いします。
す。なお、当日は必ずご記入頂いた同意書を持参して下さい。

MRI検査をお受けになる方へ

㉑ 《食事・水分についての制限》

- 単純MRI（頭部、骨、関節等）：通常通りで制限はありません。
- 腹部・骨盤のMRI又は「造影検査」：検査前3時間は食事を控えてください。水分摂取（水・茶）は十分に行ってください。
- MRCP（胆管膵管）検査：食事は3時間前、水・お茶は2時間前まで。それ以降は完全絶食となります。

1. MRI検査の目的と方法について

強い磁場と電波を利用して、体の中の断面を画像化します。病気の診断、病態の把握、治療効果の確認、経過観察にきわめて有用な検査です。

⚠ 2. 予想される効果と不利益（禁忌）

電波による被ばくはありませんが、体内に金属や電子医療機器がある場合は故障・火傷のリスクが生じ、検査が行えないことがあります。

◎以下に該当する方は担当医にお知らせください

- | | |
|--------------|--------------|
| ① 心臓ペースメーカー | ② 埋込み型除細動器 |
| ③ 神経刺激装置 | ④ 脳動脈クリップ |
| ⑤ 血管ステント・人工弁 | ⑥ インスリン注入ポンプ |
| ⑦ 内視鏡止血クリップ | ⑧ 磁性付義歯 |
| ⑨ 人工関節 | ⑩ 人工内耳 |

*妊娠中 *アートメイク・入れ墨 *閉所恐怖症 *避妊リング留置 *リブレセンサー *マニキュア・ネイル(原則不可)

※金属等の新規挿入があった場合は紹介元の先生にご連絡ください。

3. MRI以外の可能な診療方法

超音波やCT検査などがありますが、MRIにしか描写できない病変の診断には、本検査が不可欠となる場合があります。

4. MRI検査の不利益の予測と処置

予期せぬ気分不快が生じる可能性はゼロではありませんが、当院では緊急時にも即座に対応できる救急体制を常時整えています。

🕒 5. 検査前の準備

- 金属（ファスナー等）のない服装でお越しください。
- ロッカー保管（カード類、携帯、時計、ヘアピン等）。
- 貼り薬の除去（湿布、エレキバン、経皮吸収パッチ、ヒートテック下着などは火傷誘発の原因となるため除去します）。
- 化粧・ネイル（アイシャドウ等は控えめに。カラーコンタクトは外してください）。

6. 検査中のお願い

- 検査中は常に技師とマイク・ブザーで通話可能です。
- 大きな連続音（ドンドン等）がしますが心配ありません。
- 体を動かすと画像がボケてしまうため静止を維持してください。

7. その他の注意事項

- 予約時間に遅れますと、当日中に検査が行えない場合があります。
- 救急患者への緊急対応により、開始が遅れる場合がございます。
- ご都合が悪くなり来院できない場合は、紹介元の先生（クリニック）へお早めにご連絡ください。**

造影MRI検査に関する説明・同意書

説明の内容

1 造影MRI検査の目的と方法について：

<目的>通常のMRI検査に加え血管や血流の状態、あるいは肝臓をより詳しく診断するために行います。

<方法>ガドリニウムという重金属を用いた造影剤（各種疾患で有用）または、鉄を用いた造影剤（肝臓疾患に対して有用）を腕や手などから静脈注射します。

2 造影MRI検査の予想される効果と不利益（危険性、合併症）について：

①ガドリニウム造影剤：使用量は3～20mL前後（疾患や体格によって異なります）

<効果>造影剤の分布から、血管の状態、臓器や病変部の血流状態を知ることができ、より詳細な診断が可能となります。

<不利益>造影剤の副作用として以下のようなことがあります。

吐き気、顔のほてり、発疹、冷汗、動悸などが一時的に現れることがあります（頻度は0.1～1%未満）。極めてまれですが呼吸困難、ショックなど生命にかかわる重篤な症状が出ることや（頻度は0.01%以下）、10万人に1人の割合で死亡の報告があります。また腎不全の方に、腎性全身性線維症（全身の皮膚が硬化し、進行すると関節が動かなくなり、ときとして死に至る合併症）の報告があります。

②鉄造影剤：使用量は0.5～1.5mL前後（体格によって異なります）

<効果>静脈内に投与することでおもに肝臓に集まり、病変の有無や良・悪性の鑑別が容易になります。

<不利益>造影剤の副作用として以下の2つがあります。

1)〔即時性副作用〕検査中や検査直後

だるさ、熱感、頭痛が一時的に現れることがあります。発生頻度は100人に3人以下（2.8%）と報告されています。極めてまれな副作用（頻度は不明）として冷汗、胸苦しさ、また呼吸困難、ショックなど生命にかかわる重篤な症状がでることもあります。

*造影剤が血管外に漏れた場合、同部に色素沈着が生じる可能性があります。

2)〔遅発性副作用〕造影剤使用後1時間から数日後

造影剤使用後1時間から数日後に鼻出血や発疹が現れることがあります。中毒性表皮壊死融解症（重症の薬疹で、皮膚を擦るだけではがれる）という重篤な副作用の報告もあります。

3 造影MRI検査以外の可能な診療方法とその利害損失について：

他に超音波・CT検査や造影剤を使用しないMRI検査などがありますが、特に血管や血流状態の把握が必要な病気では、造影MRI検査により詳しい診断が可能となります。

4 造影MRI検査の副作用の予測と処置について：

造影剤で副作用を起こすかどうかあらかじめ調べる方法は現在のところありません。

当院では副作用に対応できる体制を整えて検査を行っており、

緊急時には担当医等で最善の処置を施します。

5 検査で得られた画像等の情報の使用について：

大学病院は、研究、教育において重要な役割を担っています。従いまして、本検査で得られた画像等の情報は、検査を受けられた方に不利益がないよう個人情報に十分配慮し保護した上で、医学研究や学会発表、学術論文等に使用させていただく場合があることをご理解ください。

様式 4

6 アレルギー歴・既往歴などの確認：（説明医師がチェック，記入）

- ① なし あり：MR I 造影剤，【リゾビスト®使用時】鉄注射による副作用歴
※ありの場合○で囲む → Gd造影剤，鉄造影剤（リゾビスト®，フェリテックス®），鉄注射剤
- ② なし あり：気管支喘息などアレルギー性疾患，薬剤過敏症や蕁麻疹などのアレルギー歴
※ありの場合○で囲む → 気管支喘息，蕁麻疹，アトピー性皮膚炎，アレルギー性鼻炎，
薬剤（ ）食物（ ）その他（ ）
- ③ なし あり：腎機能のチェック【Gd造影剤使用時】
*なしの場合： 検査前までに採血予定（チェックがないと造影できません）
*ありの場合：（測定日： / / ， eGFR値 mL/min/1.73m²）
検査前3ヶ月以内に実施結果
※eGFR 30～60mL/min/1.73m²：腎不全全身性繊維症のリスクの説明が必要です。
※eGFR <30mL/min/1.73m²：重篤な腎障害に該当し，造影は原則禁忌です
（透析患者を含む）
- ⑤ なし あり：β遮断薬の服用（アナフィラキシー様反応時にグルカゴン投与が第一選択）
- ⑥ なし あり：（女性のみ）妊娠の可能性
- ⑦ 食事の摂取について（腹部・骨盤部の検査のみ，以下の説明をしてからチェックしてください）
 食事は造影検査の3時間前までに済ませること（検査前の食止め）

7 検査予定日： _____ 【開始予定時刻 _____】

8 【不同意と撤回について】

説明を受けた検査や治療をお受けになるか否かは，自由意思によってお決めください。
同意をされないこともできますし，一度，同意された場合でも撤回することができます。

*上記について説明し，造影MR I 検査に際してアレルギー歴・既往歴等に問題がないことを確認しました。

説明日： _____

貴院名： _____ 病院・クリニック

説明医師（署名または記名押印） _____ ㊟

<p>私は，説明を受け理解した上で，造影MR I 検査を行うことに同意します。 <u>（同意はいつでも撤回できます。）</u> <u>当日の状態により担当医の判断で造影剤を使用しないことがあります。）</u></p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p> <p>患者氏名： _____ 記載者（代筆者・代諾者） ※どちらかを○で囲んでください。</p> <p>代筆者・代諾者氏名： _____ 患者との続柄（ _____ ）</p> <p>代筆・代諾理由〔患者が<input type="checkbox"/>未成年 <input type="checkbox"/>意識障害などにより判断力が不十分 <input type="checkbox"/>障害などにより記載不可 <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）〕</p>
<p>※検査に同意できない場合</p> <p>私は，説明を受け理解した上で，造影MR I 検査を行うことを拒否します。</p> <p style="text-align: right;">_____ 年 月 日</p> <p>患者氏名： _____ 記載者（代筆者・代諾者） ※どちらかを○で囲んでください。</p> <p>代筆者・代諾者氏名： _____ 患者との続柄（ _____ ）</p> <p>代筆・代諾理由〔患者が<input type="checkbox"/>未成年 <input type="checkbox"/>意識障害などにより判断力が不十分 <input type="checkbox"/>障害などにより記載不可 <input type="checkbox"/>その他（ _____ ）〕</p> <p>日本大学医学部附属板橋病院長 殿</p>

造影MRI検査をお受けになる方へ

患者様お名前



様

検査予約日時



年 月 日 ()

 12:00 12:30

当日のご来院時間

ご予約時間の45分前までに必ずお越しください

造影ルート確保・事前診察を行います



① 当日ご持参いただくもの（必須）

- ✓ 本予約案内書（本紙） & 紹介状（原本）
- ✓ マイナカード・保険証・各種医療受給者証
- ✓ 記入済みの「MRI問診票(様式2)」および「同意書(様式4)」



① 腎機能(eGFR値)について

造影剤の排泄には腎機能の確認が不可欠です。紹介元医師より3ヶ月以内の血液検査数値（eGFR値）が共有されている必要があります。

※eGFR 30未満：原則として造影MRI検査は実施できません。



お食事についての絶対ルール

① 検査前3時間は絶食（食事は食べない）

造影剤注入時の悪心・嘔吐による誤嚥を防ぐための大切な措置です。
お水・お茶等の水分摂取は制限ありません。むしろ排泄を促すために多めの水分をお摂りください（乳製品・酒は不可）。

② アレルギー・持病の確認

以前に造影剤で気分不快になった方、重度アレルギー、喘息のある方は必ず事前にお申し出ください。

当日の流れ（目安所要時間：約1.5時間～2時間）

45分前

1階 総合案内
紹介状、同意書、
問診票提出

地下2階

MRI受付
金属除去・造影問
診

検査前

問診・診察
医師診察、点滴ル
ート確保

検査時間

造影MRI
造影剤を注入して
撮影

地下1階

外来会計
精算、点滴ルート
抜針

結果送付

医療機関へ
翌日までに紹介元へ
発送



◎交通案内および駐車場情報

電車：東武東上線 大山駅南口より徒歩15分 / タクシー約10分

タクシー：池袋駅西口より約15分 / ときわ台駅より約10分

駐車場：400円/60分

※大変混雑し満車になることが多く、駐車待ちにより予約時間に間に合わない恐れがあります。ご来院の際はなるべく公共交通機関をご利用ください。

バス（池袋駅から・約20～25分）：

西口4番：池05「日大病院」ゆき（終点）

東口8番：光02「光が丘駅」ゆき「大山」下車徒歩8分

バス（千川駅から・約15分）：

1番出口1番：池05・池85「日大病院」ゆき（終点）

バス（赤羽駅から・約30分）：

西口4番：赤57「日大病院」ゆき（終点）