

# MRI 検査の注意事項

## ○禁忌

⇒当院で検査を受けることが出来ません。

- ペースメーカー / ICD（植込み型除細動器）の植込みがある方
- 人工内耳 / 人口中耳 / 義眼底（金属を使用しているもの）の埋め込みがある方
- 圧可変式バルブシャント（脳室シャント）の埋め込みがある方
- 神経刺激装置などの体内電子装置の埋め込みがある方
- 妊娠中および妊娠の可能性がある方
- 3日以内にバリウム検査を受けている方（※頭部 MRI は検査可能です）

## ○準禁忌

⇒当院で検査を受けられない可能性があります。事前に主治医へご確認ください。

- 脳動脈瘤クリップ/コイルの挿入がある方
  - ・主治医の検査 MRI 実施許可もしくは過去に 3T（テスラ）MRI の経験がある場合は検査可能です
- 血管内にステント留置がある方
  - ・ステント留置から 6 週間以上経過していて主治医の MRI 実施許可がある場合は検査可能です
- 上下部内視鏡検査の際にクリップを使用した方
  - ・ミッドタウングループで施術の場合は検査可能です
  - ・他院で施術の方は施術から 30 日以上経過していれば検査可能です
- 整形領域の治療で体内に金属の挿入がある方
  - ・挿入から 12 週間経過していて主治医の MRI 実施許可がある場合は検査可能です

## ○その他の確認事項

⇒当院で検査を受けられない可能性があります。

### 口腔内に金属挿入のある方

- 磁石式インプラントをご使用の方は**検査を受けることができません**
- 磁石式以外のインプラントおよび歯列矯正ワイヤーがある方は**可能な限り歯科医師へご確認ください**
  - ・ 歯科医師によりMRI検査実施不可の指示がある場合は**検査を受けることができません**
  - ・ 歯科医師のMRI検査実施許可がある場合もしくは過去に3T（テスラ）MRIの経験がある場合は**検査可能**です
  - ・ 歯科医師へ確認ができない場合は、**熱感や変形・画質劣化の可能性を了承いただければ検査可能**です
- 国外および西暦2000年以前に国内で挿入された金属は**素材の確認が難しいこと**が多いため、当院でのMRI検査は**おすすめして**おりません
- 被せもの（クラウン）、ブリッジは**歯科医師の確認なく検査可能**です

## ○検査室内への持ち込み制限

⇒検査前に外す必要があるもの

- 義歯
  - メガネ
  - カラーコンタクトレンズ
  - かつら・ウィッグ
  - 補聴器
  - ヒートテック肌着・金具の付いた肌着
  - 貼付剤・カイロ
  - エレキバン・置き針・持続型血糖値測定器
  - マグネットネイル・ミラーネイル・金属探知機に反応するネイル装飾
  - マグネット式つけまつ毛・マグネット式エクステンション
  - カギ・ヘアピン・磁気カード
  - 貴金属類（アクセサリ類・時計）
  - パソコン・スマートフォンなどの電子機器類
  - 増毛粉（ミリオンヘアExなど）
  - 金属を用いた健康器具（磁気ネックレス・パワーアンクルなど）
  - 刺青・アートメイク
- ※ 刺青・アートメイクに関しては火傷のリスクをご了承いただければ検査可能です

## MRI検査 確認書

医療法人社団ミッドタウンクリニック  
担当施設院長 殿～ご注意～  
ボールペンでご記入ください

ID:	
名前:	

## 1 MRI検査について

MRI(Magnetic Resonance Imaging)とは、高い磁場内でその磁力と電波(高周波)を利用して体内における水素の情報を画像化する検査です。MRI検査は、放射線を使用していないため、放射線被ばくの影響を受けることはありません。MRIの磁力の大きさを表す国際単位を<テスラ>と言います。当院では3.0テスラのMRIを使用しています。

磁力と電波は通常人体に影響はありませんが、**体表面や体内に金属があると正確に検査ができないだけでなく、場合によっては、発熱などの危険が生じます。**安全に検査を行うために、禁忌事項・準禁忌事項・検査前の確認事項をご確認ください。

## 2 検査の流れ

検査前室で金属探知機を使って金属類の外し忘れのチェック、受付で記入された問診票に間違いがないかの確認をします。担当技師の案内でMRI検査室に移動します。検査部位にコイルと呼ばれる受信機を付けて狭い筒状の装置に入り検査を始めます。検査中は大きな音や振動がします。前述の如く身体に悪影響はありませんが、騒音を含めた閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。

様々な角度、色合いの異なる画像を撮影するため、検査時間は20分～30分、またはそれ以上かかる場合があります。検査中に熱感やしびれなどの違和感や、気分が悪くなる場合がございます。ブザーでお知らせください。

## 3 MRI室に持ち込めないもの

破損や、やけどなどを起こす危険がありますので、検査前に必ずお外してください。

金属類(メガネ、アクセサリ、補聴器、ヘアウイッグ)、電子機器(携帯電話、時計)、磁気カード、カラーコンタクト  
禁煙パッチ(ニコチネルTTS)、ニトログリセリン貼付剤(ニトロダームTTS)、着脱可能な医療機器(持続型血糖測定器など)

## 4 検査前の確認事項 (検査当日にスムーズにご案内できるように必ず事前に確認をお願いします)

1 口腔内金属が付いている  はい  いいえ

上記1. で『はい』を選択された方にお聞きます。口腔内金属は以下のどれでしょうか。

歯科磁石式インプラント

→ MRI検査をお受けいただくことはできません。

インプラント・歯科矯正器具・ワイヤー

→ 以下2点のいずれかの確認でMRI検査を実施することができます。

歯科医師にMRI検査実施可能であることを確認しています

過去に3.0テスラMRI検査を受けたことがある

2 入れ墨(タトゥー、アートメイク)をしている  はい  いいえ

上記2. で『はい』を選択された方にお聞きます。

使用されている色素の一部の種類には「鉄」などの金属(磁性体)を含むものがあり、MRI検査を実施することで以下の症状を引き起こす可能性があります。

■ 皮膚に火傷や、ひりひりとした違和感を起こす可能性があります

■ 図柄の変形や変色を起こす可能性があります

→  了承の上で、MRI検査を希望します

3 磁性体【マグネットや金属】を用いた装飾(※マグネットネイル・ミラーネイル・ネイル装飾用パーツ・マグネット式つけまつげ等)を装着している  はい  いいえ

上記3. で『はい』を選択された方につきまして、マグネットネイルなど磁性体を使用したネイルアートをしている方や装飾が金属探知機に反応する方はMRI検査をお受けいただくことができません。(マグネット式アイメイクは磁性体部分を検査前に除去すれば検査をお受けいただけます。)

4 閉所恐怖症  はい  いいえ

裏面に続きます

## 5 禁忌事項

下記事項に該当する場合は、MRI検査をお受けいただくことはできません。

- |   |                                |                          |    |                          |     |
|---|--------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 1 | 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器(ICD)が入っている | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 2 | 人工内耳、人工中耳                      | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 3 | 圧可変式バルブシャント(脳室シャント)            | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 4 | 神経刺激装置などの体内電子装置                | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 5 | (女性の方のみ) 妊娠中・妊娠の可能性がある         | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

## 6 準禁忌事項

(検査当日にスムーズにご案内できるように必ず事前に確認をお願いします)

手術などで体内に金属(クリップ・ステント・コイル等)が入っているなど下記事項に該当する場合は、MRI検査を受けることが出来ない場合があります。

- |  |                                 |                          |    |                          |     |
|--|---------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| 1  | 脳動脈瘤クリップ・コイル                    | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 2  | ステント                            | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 3  | 心臓人工弁                           | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 4  | 大腸ポリープ切除の際にクリップを使用した            | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| ※ ミッドタウンクリニックで施術された場合は、MRI検査に対応したクリップを使用している為検査をお受けいただけます。   |                                 |                          |    |                          |     |
| ※ 他院で施術された場合は、1ヵ月以内は、MRI検査をお受けいただけません。MRI検査を希望する場合は、下腹部レントゲン検査(別途1,500円)で、クリップが体外に排泄されているかを確認し、検査可能か判断します。 |                                 |                          |    |                          |     |
| 5  | 整形外科領域の治療でボルト等の金属が入っている(挿入部位: ) | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |
| 6  | その他金属( )、挿入部位: )                | <input type="checkbox"/> | はい | <input type="checkbox"/> | いいえ |

上記1～6. で『はい』を選択された方にお聞きます。

■ 施術日( 年 月 ) ※ 心臓・動脈ステント挿入後6週間以内の方は検査をお受けいただくことはできません。

■ 金属の素材

- |   |                          |                                   |
|---|--------------------------|-----------------------------------|
| [ | ( チタン ) ・ ( セラミック )      | → MRI検査をお受けいただけます。                |
|   | その他( ) ・ ( 不明 )          | → 以下2点のいずれかの確認でMRI検査を実施することができます。 |
|   | <input type="checkbox"/> | 主治医にMRI検査実施可能であることを確認しています。       |
|   | <input type="checkbox"/> | 過去に3.0テスラMRI検査を受けたことがある。          |

上記について十分に理解した上で、MRI検査を受けることに同意いたします。

### 【受診者ご本人署名欄】

西暦 年 月 日 時 分 署名:

【保護者又は、成年代理人署名欄】 (※)受診者が署名できない場合、及び20歳未満の方

西暦 年 月 日 時 分 署名: (続柄: )  
連絡先(電話):

看護師・放射線科技師  
確認者サイン(印)