

# 当院で可能なMRI検査

- 当院では「頭部」、「頸部」、「腹部」、「骨盤部」、「膝」、「肩」、「頸椎」、「胸椎」「腰椎」等の検査の他に、「VSRAD解析」、「肝臓解析」、「DWIBS」等の検査を行っております。
- 希望される検査名(検査部位)を画像検査予約FAX送信票(診療情報提供書兼紹介状)にご記載ください。

## 2. 検査予約情報

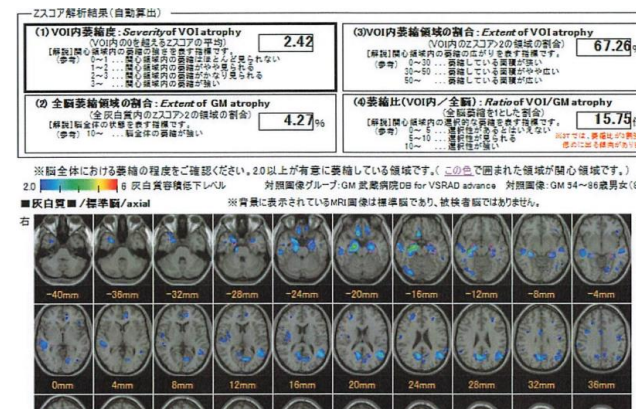
検査予約日	年 月 日(曜日) 時 分
検査項目	<input type="checkbox"/> CT <input checked="" type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> RI
検査部位 (RI検査名)	検査部位をご記入ください。 例 腰椎 <del>※RI検査は下記のみ可能です。希望検査に○をつけてください。</del> 骨シンチ, 脳血流(IMP), 脳血流(ECD), ドパミン, 心筋交換(MIBG), 腎動態, 副甲状腺

- ご不明な点は熊本医療センター 放射線科 ☎096-353-6501までお問い合わせください。

# VSRAD解析

## アルツハイマー型認知症の早期発見に

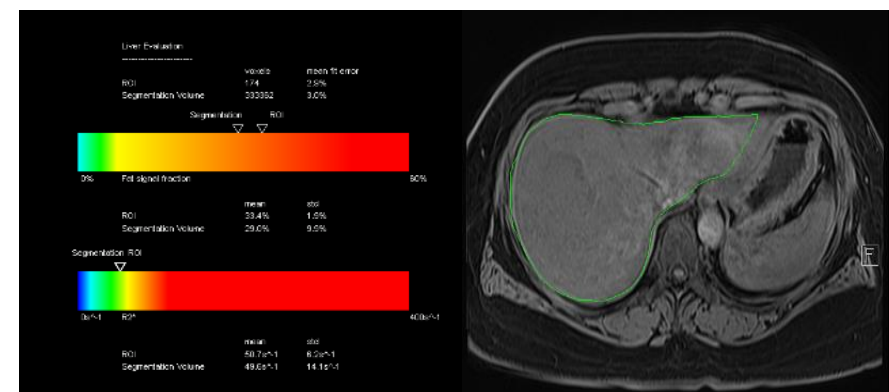
MRI検査で得られた脳画像より、内側側頭部および背側脳幹の萎縮度を評価できます。萎縮を見ることで、アルツハイマー型認知症の早期発見の一助となります。



# 肝臓解析 (脂肪含有率・鉄沈着)

## 肝脂肪化の評価に

非アルコール性脂肪性肝疾患、非アルコール性脂肪肝炎等の慢性肝疾患における脂肪含有率の評価が可能です。

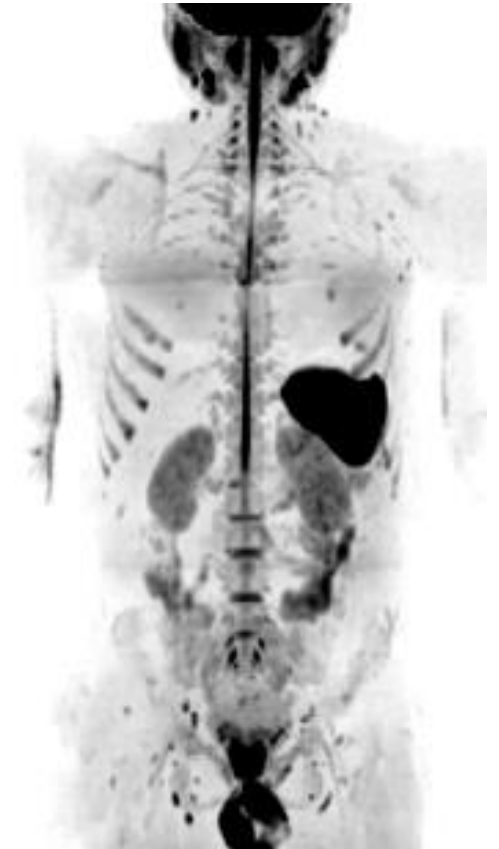


# DWIBS (背景抑制広範囲拡散強調画像)

## 広範囲のがん検索に

DWIBSではがんのように細胞が正常よりも密集している部分を検出します。また、PETと比較し、短時間かつ被ばくなしで検査可能です。

※検査依頼時は、別途、同意書の記載をお願いいたします。



患者氏名: \_\_\_\_\_ 科 検査日: \_\_\_\_\_

**全身(MRI)検査に関する説明書**

本院では患者様の権利を守り、患者様が安心して診療を受けられるように、担当医師より検査・治療について十分に説明を行い、患者様の自由意志による同意を得た上で検査・治療を行います。担当医師の説明に納得され、診療行為の実施に同意されるときは、署名してお返し下さい。同意を拒否されても、また実施直前までに同意を撤回されても、診療上不利益を受けることはありません。

なお、今回の診療行為における検査データなどの情報が、名前や生年月日といった個人が特定できる情報として学会などで公表されることはありません。

① 病名・病状、考えられる病態: \_\_\_\_\_

② 検査の内容: 全身(MRI)検査について  
全身(MRI)検査は頭部から骨盤を中心に広範囲にわたり撮像するMRI検査です。通常のMRI検査では細かい部分も撮像するため比較的狭い範囲に絞って撮像が必要でしたが、この全身(MRI)検査では細部の撮像は行わない代わりにほぼ全身を検査することができます。この全身(MRI)検査は特に前立腺癌の骨転移検出に有用であると多数の報告があり、これらをとると骨転移検出の検出感度は約90%、特異度は約92%です。微小病変や活動性が低い病変は検出できず、偽陰性となる可能性があります。また、骨髄の急性期圧迫骨折や過形成骨腫なども骨転移と同様の所見を示す(偽陽性)ことがあります。なお、リンパ節転移や骨転移以外の転移癌、腫瘍腫についての有用性については十分に証明されておりません。

③ 可能な代替検査: 従来前立腺癌の骨転移の診断目的で一般的に行われてきた骨シンテグラフィーやFDG-PET検査で代用可能ですので、それらを希望する場合には申し出てください。

④ 全身(MRI)検査による利益と不利益(副作用の可能性等)、副作用の程度  
全身(MRI)検査では従来の骨シンテグラフィーやFDG-PET検査と異なり放射線被曝がありません。前立腺癌の骨転移の検出に関しては従来の骨シンテグラフィーやFDG-PET検査と同等かそれ以上と報告されていますが、細部の評価には限界があります。本検査に特異的な合併症、副作用はありません。一般的なMRI検査の留意事項として、金属類、MRI非対応の心臓ペースメーカーや補聴器、刺青、まゆ墨、アイラインなどに注意する必要があります。刺青、まゆ墨、アイラインを施している方がMRIを受けること、色素に含まれる金属成分のため、火傷をしたり、色が変化したり、にじんたりする可能性があります。具体的な発生頻度は不明ですが、まれに生じるとされています。検査中に熱感や違和感があった場合はただちに検査を中止いたします。また、本検査は通常のMRI検査と同等かそれ以上に検査時間が長くなりますので、閉所恐怖症の方は申し出てください。

⑤ 検査等の成功率は一般的に高く、死亡を含めた合併症の可能性は造影剤を使用する場合にごく

まれにあります。

⑥ 痛みについて: 本検査中に熱感等が生じた際には痛みを伴う可能性はありますが、具体的な頻度は不明です。痛みが生じた場合は遠慮なくスタッフに申し出てください。適切に対応いたします。

⑦ 本検査を受けなかった場合に予想される結果: 前立腺癌の骨転移の診断に必要な情報が得られない可能性があります。

⑧ セカンドオピニオンの権利: 検査に不安のある場合には、他の病院の意見を聞くことができます。スタッフに申し出てください。

⑨ 留意点: 本検査はあくまでも前立腺癌の骨転移を検出するための広範囲検査であり、病変局所の詳細な評価を目的とした検査ではありません。本検査で異常所見が見つかった場合、後日改めて精査が必要とする場合もあります。また、前立腺癌診断所、リンパ節転移、骨転移以外の遠隔転移、腫瘍腫、他臓器の癌や大動脈瘤などの偶発所見は本検査による診断の対象外となっていることを予めご了承ください。また、造影を行う場合は別途造影MRIに関する説明と同意書が必要となります。

**全身(MRI)検査に関する同意書**

国立病院機構熊本医療センター院長殿  
私は全身(MRI)検査について、上記説明を受け、納得しましたので、全身(MRI)検査を受けることに同意します。

また、上記実施中予断しない緊急事態が発生した場合には、医師が必要と判断した処置を受けることに同意します。

\_\_\_\_年\_\_月\_\_日  
患者氏名(自筆) \_\_\_\_\_  
\*代筆・代読者氏名(自筆) \_\_\_\_\_  
\*患者との続柄 \_\_\_\_\_  
説明した医師(自筆) \_\_\_\_\_  
診療科(部) \_\_\_\_\_