

検査説明書

患者 ID :

患者氏名 :

生年月日 :

検査日時	時間未指定
予約時間の15分前までに、2階受付4(放射線科)までお越し下さい。	

MRIは**強力な磁石と電波**を利用して体内の情報を画像化する検査です。次の事項にご留意下さい。

- ① ペースメーカー(ICDも)、人工内耳、または可動式義眼埋め込み後の方は検査を受ける事ができません。
血管内(ステント、コイル、フィルター等)留置後6週間以内は検査を受ける事ができません。
大腸クリップは、体外に排出が確認されない場合は検査を受ける事ができません。

以下の方はお申し出ください。(腹部X線による確認が必要となる場合があります)

- ◆手術等で体内に金属を埋め込んだ方。
 - ◆妊娠中の方。胎児や乳児に対する安全性は確立されておりません。
 - ◆刺青の方。火傷、変色の恐れがあります。
 - ◆磁石を用いたインプラントの方。接続が弱くなる可能性があります。検査可能であるか、お掛かりの歯科にお問い合わせください。
- ② 検査室には磁性体を持ち込む事ができません。次のような物は外して検査着に着替えて頂きます。
- ◆体内の取り外し可能な金属 (義歯、補聴器、カラーコンタクトレンズ、東洋針等)
 - ◆貴金属 (腕時計、財布、ネックレス、イヤリング、ピアス、ヘアピン、鍵、携帯電話等)
 - ◆磁気カード (診察券、駐車券、キャッシュカード類)
 - ◆貼り薬 (シップ、エレキバン、ホッカイロ、ニトロダーム、ニコチネルパッチ等)
 - ◆金属の付いている衣類、下着(ブラジャー、スリッパ等)
 - ◆髪染め・メイク (ファンデーション、マスカラ、アイライナー等にはMRI機器や皮膚に影響を及ぼす成分が含まれている場合があります。検査当日の過度の化粧はお控えください。落として頂く場合もあります。)
- ③ 所持品はすべてロッカーに入れて、検査室には何も持ち込まないでください。
- ◆検査室内に持ち込んだ所持品の破損等があった場合、保証は致しません。
 - ◆紛失等ないように、ご自身で管理をお願い致します。
- ④ 撮影中の注意事項は以下の通りです。
- ◆撮影中は良い画像を得る為に身体を動かさないで下さい。
 - ◆撮影時間は検査部位や内容によって変わります。(通常20~30分程度です)
 - ◆撮影中は非常に大きな音がします。(必要な方は耳栓をご用意ください)
 - ◆撮影場所は狭くなっています。閉所恐怖症の方はお申し出ください。
- ⑤ 検査内容によっては食事制限があります。(通常、造影剤を使用する方と腹部検査の方のみです)
- イ. 朝食は召し上がらないでください
検査当日 ロ. 昼食は召し上がらないでください
ハ. 食事制限はありません
- ニ. **MRCP検査**の方は検査前の食事を召し上がらずに来院して下さい。但し、**3時間前**までの飲水は可能です。
- ⑥ 造影剤を使用する場合は同意書の記入をお願い致します。
- ⑦ 予約の変更は検査予約を行った診療科へ連絡をお願い致します。
- ⑧ 検査に対する問い合わせはMRI室へ連絡をお願い致します。
- ⑨ 救急病院の為、救急患者撮影等により予約時間通りに検査が出来ない場合もあります。予めご了承下さい。
- ⑩ 機器故障や薬品供給が滞った場合に、当日や予約日時に検査ができないことがあります。その際の検査日時の変更にご協力下さい。
ご不明な点は、下記までお問い合わせ下さい。
またご都合で来院できなくなった場合は、早めに下記までご連絡をお願いします。

MRI検査前チェックシート

ID:

◆MRI検査検査を安全に受けて頂く為に、下記の内容を読んで太枠内に記入して下さい

西暦	年	月	日	*検査受ける方 ご署名(本人)
*本人が記入出来ない場合 ご家族、代理の方				続柄()

*体内に磁性体がある場合、磁場により動いたり外れたりする恐れがあります。
また、磁性にかかわらず撮影時の電波により発熱する可能性があります。
*撮影室内に持ち込んだ所持品の破損などがあった場合、保証は致しません。

		どちらかに☑をいれる		担当者 確認欄
		無	有	
問診	MRI検査を行った事がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	閉所恐怖症がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	女性のみ 妊娠している、もしくはその可能性がある	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
体内金属の有無	ペースメーカー、植込み型除細動器(ICD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	血管内(ステント、コイル、フィルター等)6週以内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	可動式義眼、人工内耳(耳手術後カードをもらった)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	脳動脈クリップ、血管クリップ、大腸クリップ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	水頭症シャント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	避妊リング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	磁石式インプラント	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	刺青、アートメイクがある あると答えた方、その後MRI検査を行いましたか	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	体内異物(金属片、弾丸、東洋針【置き針】など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他体内金属(人工関節など)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
取り外し可能な物	補聴器	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	入れ歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	カラーコンタクト 金属を含んだ(マスカラ・クリーム類・ネイル・髪染め)等	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	義手、義足	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	貼り薬 (ニトロダーム、ニコチネルパッチ、エレキバン、ノルスパンテープ、ニュープロパッチ、温シップ、ホッカイロ等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	衣類の金属、ヘアピン、金具、安全ピンなど	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ME機器 (輸液・PCA・シリンジポンプ、温センサー付バルーン、尿路用DIB(磁石)キャップ、J-VAC等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	心電図(電極、リード線)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
貴金属(財布、時計、カード、携帯電話、アクセサリ等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*当日にチェックして持参して下さい。

確認技師名1

*ご不明な点は検査説明書を参照して下さい。

確認技師名2

(2019.11.22更新)