

単純 MRI (MRCP) 検査

氏名 _____

(腹部)

検査日時

年 月 日 (曜日) 時 分 予定

- ※ 主治医から依頼のあったあなたの検査の予約日時は、上記のとおりです。検査は予約制になっていますので、都合の悪い場合は必ず下記の連絡先へご連絡ください。
- ※ 検査当日は、2階あったかサポートセンターにて予約確認を行い、この用紙をもって3階放射線診断科受付に少し余裕をもってお越しください。
- ※ ペースメーカーが挿入されている方は検査ができません。MRI 対応ペースメーカーが挿入されている方は必ず前もって依頼医にご相談ください。資格をもった医師や臨床工学技士による操作が必要なため事前に準備が必要です。

◇ 食事について

午前中に検査の方は朝食を食べないで、午後からの検査の方は昼食を食べないで来て下さい。水分(水・お茶)は検査開始の2時間前より摂取しないで下さい。

◇ 検査時間は 20分～30分 です。(内容によって多少異なります)

◇ より良い画像を得るために、検査の前にコップ1杯(250cc)のボースデル内容液を飲んで頂きます。

◇ 衣類等について

金属ファスナーのあるズボン、スカート、ブラジャー、金属のついた下着などは検査前に更衣室にて所定の検査着に着替えていただきます。

又、シップ類やニコチンパッチ等の貼り薬についても熱を発生させる可能性があるために除去していただきます。

☆次に該当するものは、検査に影響を及ぼすため検査室内には持ち込めません。

- 1 磁気を帯びたもの：キャッシュカード・クレジットカード・テレフォンカード
定期券・尿道カテーテルの磁気キャップ・ピップエレキバンなど
- 2 金属類： 時計・眼鏡・鍵・ヘアピン・ネックレス・イヤリング・指輪
義歯・補聴器・使い捨てカイロなど
- 3 化粧： アイシャドー・アイライン・マスカラも落としましょう。
- 4 カラコンタクトレンズ： 容器を持参して、検査前にはずしてください。

◇ 検査料は、3割負担の方で約8千円～1万2千円程度となります。

◇ 介助の必要な方、お子様は付き添い同伴でおいでください。

◇ 検査中の音は、撮影のための振動音ですので静かに休んでいてください。

その他何か不明な点がございましたら、お問い合わせください。

連絡先 日本生命病院 放射線診断・IVR科

TEL 06-6443-3446

[月曜～金曜 8:30～17:00]

MRI 検査 問診票兼検査実施同意書

(医療機関保管)

MRI 検査を実施にあたり、検査の特徴や留意点等を充分にご理解いただいた上で、安心してかつ安全に検査を受検いただきたく存じます。つきましては、以下の問診内容に御回答をいただくとともに、右の記載の説明をよくお読みください。

問診項目		
1. 心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人工内耳を装着されていますか。	はい・いいえ	これらを装着されている方は、検査を行うことができません。
2. 脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁・歯科矯正具・歯科インプラント・磁気式義歯を装着していますか。	はい・いいえ	これらを装着されている方は、この手術を行われた医師からMRI 検査を受ける事についての許可を事前に頂く必要があります。
回答が「はい」の場合、手術担当医からMRI 検査を受けることの許可を得ましたか。	はい・いいえ	いいえの場合は、申し訳ありませんが、手術された先生にご相談頂き、MRI 検査の許可をおとり頂いた上で、あらためて日程をご予約願います。
3. 冠動脈にステントを装着していますか。	はい・いいえ	
回答が「はい」の場合、ステントを装着して2ヶ月以内ですか。	はい・いいえ	はいの場合は、検査を行うことができません。
4. 閉所恐怖症はありますか。	はい・いいえ	はいの場合は、検査が出来ない場合があります。
5. 妊娠中・妊娠の可能性がありますか。(女性のみ)	はい・いいえ	はいの場合は、本人の同意が得られた場合に限り、検査を行います。

6. 以下に列挙するものは、危険性や発熱したり画像劣化の可能性をもち、検査を途中で中止する場合があります。
 なお、カラーコンタクトレンズ等、はずせる物ははずしていただくようお願いします。

人工骨頭・人工関節	有	・	無	
手術での体内金属(クリップ等)	有	・	無	
けがや事故による体内金属(金属片・銃弾等)	有	・	無	
刺青やアートメイク(眉毛、アイライン等)	有	・	無	
義肢・義足・義眼・義歯	有	・	無	
シップ・ニコチンパッチ等の貼り薬	有	・	無	
避妊リング・陰茎内の埋込物	有	・	無	
針治療の置き針	有	・	無	

身長 (cm)

体重 (kg)

----- 検査同意書 -----

日本生命病院長殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明医師 _____

私は、MRI 検査を受けることの必要性については検査依頼担当の医師から説明を受け理解しています。
 また、MRI 検査についての上記問診に正しく回答し、上記説明をよく読み MRI 検査に関して充分理解しました。MRI 検査を受けること、及び当日の状況等により検査を実施しない場合、中断する可能性があることについて同意します。

(本人が未成年者や付き添いが必要な方の場合、ご家族や代理の方でも結構です)

患者氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(又は親権者) _____

家 族 _____

(患者との関係) _____

MRI 検査 問診票兼検査実施同意書

(患者様控え)

MRI 検査を実施にあたり、検査の特徴や留意点等を充分にご理解いただいた上で、安心してかつ安全に検査を受検いただきたく存じます。つきましては、以下の問診内容に御回答をいただくとともに、右の記載の説明をよくお読みください。

問診項目		
1. 心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人工内耳を装着されていますか。	はい・いいえ	これらを装着されている方は、検査を行うことができません。
2. 脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁・歯科矯正具・歯科インプラント・磁気式義歯を装着していますか。	はい・いいえ	これらを装着されている方は、この手術を行われた医師からMRI 検査を受ける事についての許可を事前に頂く必要があります。
回答が「はい」の場合、手術担当医からMRI 検査を受けることの許可を得ましたか。	はい・いいえ	いいえの場合は、申し訳ありませんが、手術された先生にご相談頂き、MRI 検査の許可をおとり頂いた上で、あらためて日程をご予約願います。
3. 冠動脈にステントを装着していますか。	はい・いいえ	
回答が「はい」の場合、ステントを装着して2ヶ月以内ですか。	はい・いいえ	はいの場合は、検査を行うことができません。
4. 閉所恐怖症はありますか。	はい・いいえ	はいの場合は、検査が出来ない場合があります。
5. 妊娠中・妊娠の可能性がありますか。(女性のみ)	はい・いいえ	はいの場合は、本人の同意が得られた場合に限り、検査を行います。

6. 以下に列挙するものは、危険性や発熱したり画像劣化の可能性をもち、検査を途中で中止する場合があります。
 なお、カラーコンタクトレンズ等、はずせる物ははずしていただくようお願いします。

人工骨頭・人工関節	有	・	無	
手術での体内金属(クリップ等)	有	・	無	
けがや事故による体内金属(金属片・銃弾等)	有	・	無	
刺青やアートメイク(眉毛、アイライン等)	有	・	無	
義肢・義足・義眼・義歯	有	・	無	
シップ・ニコチンパッチ等の貼り薬	有	・	無	
避妊リング・陰茎内の埋込物	有	・	無	
針治療の置き針	有	・	無	

身長 (cm)
 体重 (kg)

----- 検査同意書 -----

日本生命病院長殿

上記のとおり説明しました。

説明年月日 年 月 日

説明医師 _____

私は、MRI 検査を受けることの必要性については検査依頼担当の医師から説明を受け理解しています。
 また、MRI 検査についての上記問診に正しく回答し、上記説明をよく読み MRI 検査に関して充分理解しました。MRI 検査を受けること、及び当日の状況等により検査を実施しない場合、中断する場合がありますことについて同意します。

(本人が未成年者や付き添いが必要な方の場合、ご家族や代理の方でも結構です)

患者氏名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(又は親権者) _____

家 族 _____

(患者との関係) _____