

単純 MRI 検査

氏名 _____

(頭部・() 椎・頸部・胸部・腹部・骨盤・その他)

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下さい。

※ 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下さい。

※ 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

【腹部（骨盤・膀胱を含む）検査の方】

- ・ 午前に検査の方 : 朝食を食べないで来て下さい。
 - ・ 午後に検査の方 : 昼食を食べないで来て下さい。
- 水分（水・お茶）は摂取しても構いません。

【腹部検査以外の方】

- ・ 食事の制限はありません。

◇ 検査時間は 20 分～30 分 です。（内容、部位によって多少異なります）

◇ 膀胱 MRI を受けられる方は、検査前 1 時間は、排尿しないで下さい。

◇ 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為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、検査前にはずして下さい。

◇ 検査料は、3 割負担の方で約 6 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下さい。

その他何か不明な点がありましたら、お問い合わせ下さい。

連絡先 日本生命病院 放射線診断・IVR 科

TEL 06-644-33-446

[月曜～金曜 8:30～17:00]

(医療機関保管)

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。	

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・補聴器	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

----- 檢 查 同 意 書 -----

説明年月日 年 月 日

説明医師

年 月 日

(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・補聴器	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 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、中断する場合があることについて同意します。

(本人でのご署名が困難な場合、家族など代理人によるご記名でも結構です)

_____年_____月_____日

患者氏名

(又は親権者) _____

家族・代理人 _____

(代理記名された場合のみ)

(患者との関係) _____