

単純 MRI検査

頭部・頸部・胸部・腹部・骨盤・MRCP・()椎・その他

氏名 _____

検査日時	年	月	日(曜日)	時	分	予定
------	---	---	-------	---	---	----

MRI検査について

検査部位にコイルと呼ばれる器具を装着し、強い磁場を有する狭いトンネル状の装置に入り、身体の内부를画像化する検査で、放射線による被ばくはありません。

強い磁場が発生するため体内および体外の金属や電子機器がある場合は、破損や誤作動を起こす場合がありますので主治医に相談の上、同意書に記入してください。

体内に金属がある場合、画像のゆがみにより十分な検査が出来ないことがあります。

検査中、大きな音がするため、ヘッドホンまたは耳栓を使用することがあります。

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。)

～前処置について～

- ☐ 食事・水分の制限はありません。
- ☐ 検査日の[朝食・昼食]は食べないで下さい。
- ☐ 膀胱 MRI を受けられる方は、検査前 1 時間排尿しないでください。

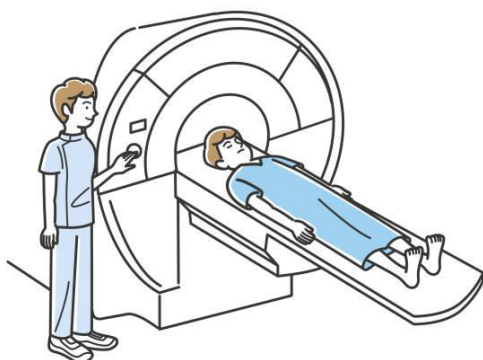
☐ MRCP 検査の方

検査日の[朝食・昼食]は食べないで下さい。

検査開始 2 時間前より水分(水・お茶・ジュース類すべて)を摂取しないで下さい。

お薬を服用するお水は少量なら問題ありません。

検査の前にコップ 1 杯(250cc)の飲み薬を飲んで頂きます。



MRI 検査の流れについて右の QR コードを
読み取っていただくとご視聴できます。

(日本放射線技師会 HP: <https://www.jart.jp/general/explainervideo.html>)



◇ 体内金属について

- ・ 心 臓 ペースメーカー：循環器内科への紹介が必要です。
- ・ 圧可変式シャントバルブ：脳神経外科への紹介が必要です。
- ・ 歯科矯正具・歯科インプラント：歯科治療を行われた医師に、可否の確認をお願いします。
- ・ 植込型補聴器・人工内耳：検査できません。
- ・ 脳動脈クリップ } 手術を受けた医療機関に、可否の確認をお願いします。
- ・ 人工心臓弁 }

◇ 体外金属について

検査当日はなるべく金属がない服装でご来院ください。

金属のある衣服は、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。

☆ 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

- ・ 金 属 類：義歯・補聴器・時計・眼鏡・鍵・アクセサリー類・使い捨てカイロなど。
- ・ 化 粧：アイシャドー・アイライン・マスカラは落としていただく場合があります。
- ・ コンタクトレンズ：カラー又はディファインの場合は容器を持参し、検査前に外してください。
通常のコンタクトレンズの場合は検査可能です。
- ・ ネ イ ル：ジェルネイル・マグネットネイルは事前に外して、来院してください。
- ・ 増毛パウダー：発熱の可能性がありますので、つけずに来院してください。
- ・ そ の 他：ウィッグ・リブレ・貼り薬などは検査前に外していただきます。

◇ 事前に主治医へお伝え下さい

- ・ 刺青・アートメイクなど、除去できないもの
- ・ 妊娠中・妊娠の可能性がある方

◇ 検査料は、3割負担の方で約 7 千円～1 万円程度となります。

◇ 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。

◇ 検査は予約制になっています。当日都合が悪くなった場合は必ず病院へご連絡ください。

◇ 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、受付票と同意書を持参して3階放射線診断科受付にお越しください。

その他不明な点がありましたら、お問い合わせください

連絡先 日本生命病院(代表)

TEL 06-644-33-446

[月曜～金曜 8:30～17:00]

MRI検査問診票兼検査実施 同意書

(検査当日 医療機関へ提出)

○ 以下の質問が“はい”に該当する方は、あらかじめ主治医とご相談ください。

- ・ 心臓ペースメーカーを装着されていますか (いいえ ・ はい)
- ・ 埋込型補聴器・人工内耳を装着されていますか (いいえ ・ はい)
- ・ 圧可変式シャントバルブを装着されていますか (いいえ ・ はい)

○ MRI を安全に行うために、以下のような医療用の金属・機器・人工物がありますか。

- ・ 脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁 (いいえ ・ はい)
→はいの方はいつ手術されましたか (年頃)
- ・ 歯科矯正具、歯科インプラント (いいえ ・ はい)
→はいの方は歯科治療を行われた医師に確認をしてください
- ・ 閉所恐怖症はありますか (いいえ ・ はい)
- ・ 妊娠中・妊娠の可能性ありますか (いいえ ・ はい)

○ 以下のものを身に付けていれば、○で囲んでください。

補聴器	カラーコンタクト	入れ歯	差し歯	人工関節	避妊リング
貼り薬	カイロ	刺青	アートメイク	ジェルネイル・マグネットネイル	
尿道バルーンカテーテル	ウィッグ・増毛パウダー	義眼	義手	義足	
血糖値測定器(リブレ)	置き針	乳房エキスパンダー	植え込み型心電図モニタ(ICM)		

※上記以外の金属・人工物があればご記入ください。

..... 検査実施同意書

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 _____

MRI 検査に関する概要と禁止事項の説明を受け、理解ができましたので MRI 検査を受けることに同意します。

同意年月日(必ず記入してください)

本 人 _____ 年 月 日
□本人自筆困難の為代筆

家族・代理人等 _____

(本人との関係) _____

身長 (cm)

体重 (kg)

MRI検査問診票兼検査実施 同意書

(患者様控え)

○ 以下の質問が“はい”に該当する方は、あらかじめ主治医とご相談ください。

- ・ 心臓ペースメーカーを装着されていますか (いいえ ・ はい)
- ・ 埋込型補聴器・人工内耳を装着されていますか (いいえ ・ はい)
- ・ 圧可変式シャントバルブを装着されていますか (いいえ ・ はい)

○ MRI を安全に行うために、以下のような医療用の金属・機器・人工物がありますか。

- ・ 脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁 (いいえ ・ はい)
→ はいの方はいつ手術されましたか (年頃)
- ・ 歯科矯正具、歯科インプラント (いいえ ・ はい)
→ はいの方は歯科治療を行われた医師に確認をしてください
- ・ 閉所恐怖症はありますか (いいえ ・ はい)
- ・ 妊娠中・妊娠の可能性ありますか (いいえ ・ はい)

○ 以下のものを身に付けていれば、○で囲んでください。

補聴器	カラーコンタクト	入れ歯	差し歯	人工関節	避妊リング
貼り薬	カイロ	刺青	アートメイク	ジェルネイル・マグネットネイル	
尿道バルーンカテーテル	ウィッグ・増毛パウダー	義眼	義手	義足	
血糖値測定器(リブレ)	置き針	乳房エキスパンダー	植え込み型心電図モニタ(ICM)		

※上記以外の金属・人工物があればご記入ください。

..... 検査実施同意書

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 _____

MRI 検査に関する概要と禁止事項の説明を受け、理解ができましたので MRI 検査を受けることに同意します。

同意年月日(必ず記入してください)

本 人 _____ □本人自筆困難の為代筆

家族・代理人等 _____

(本人との関係) _____

身長 (cm)

体重 (kg)