

MRI 検査をお受けになる患者様へ

依賴元：

予約日時: 令和 年 月 日 時 分

氏名: 様

受付について

- ◎ 予約時間の30分前には受付をお願いします。
- 受付後に各科外来にて検査についての説明をいたします。
- キャンセル又は予約時間に来院できない場合はお早めに下記へご連絡ください。

食事について

- 頭部・頸部・脊椎・四肢・腎臓・骨盤内のMRI は食事をされてもかまいません。
 ◎ ただし造影剤を使用して検査をする場合は検査前食事(午前:朝食・午後:昼食)はできません。
 ◎ 肝臓・胆嚢・膵臓のMRI は検査終了までは朝食、昼食とも食事はできません。
 ◎ 食事が不可の方でも定期のお薬は飲んでください。
 (ただし、糖尿病で服薬されている方・インシュリン使用中の方は主治医に確認してください。)

下記の方は申し出てください

- ◎ペースメーカー・埋込式除細動器・人工内耳・神経刺激装置等電子機器を使用されている方
- ◎金属製の人工心臓弁を入れている方
- ◎8週間以内に血管内ステントを入れられた方
- ◎脳動脈瘤の手術により金属クリップ・コイルを入れている方
- ◎その他の金属を体内にいれている方(人工股関節、骨折固定プレート等)
手術をした病院に『MRI対応』の金属かを確認してください。
- ◎刺青(タトゥー)・アートメイク(眉墨等)のある方
- ◎歯科矯正をされている方
- ◎ゲーベンクリーム(金属含有薬)を塗っている方
- ◎アレルギー体質又は喘息のある方

MRI検査について

- ◎ マスクを着用したまま検査を受けていただきます。鼻の部分の固定がないマスクでご来院ください。磁気と電波（ラジオ波）を利用して、身体の断面を撮像する検査です。
- X線を使用しないので、放射線被曝はありません。
 - 使用する磁気や電波は無害です。（妊娠中の方は注意が必要です）
 - 検査中（撮像中）は小槌で木をたたくような「トントン」という音が聞こえます。

※MRI検査は、非常に強力な磁石を使用しているため、検査室内に次のものを持ち込めません。
このため、次の身の回りのものは、前室に置いてもらうか、外していただきます。
外せないものや化粧品等を落とせない場合は検査ができません。(やけどする可能性があります)

- 金属のついている衣類： 金属付の洋服、ヒートテック等の金属糸使用の肌着 等
- 金属のついている下着： ブラジャー、スリップ、コルセット、ガードル 等
- 補助具： カラーコンタクト、めがね、入れ歯、補聴器、義眼 等
- 貴金属： 時計、指輪、ネックレス、イヤリング、ヘアピン 等
- ◎ 化粧品・日焼け止めには金属を含んでいるものがあります。
- 増毛パウダーは金属が含まれています。
- ◎ ネイルをされている方は落としてきてください。

検査を始める前に

- 金属の付いた洋服の場合はお着替えを要する事もあります。
- 検査時間が長いため(20分～1時間)検査前にお手洗いを済ませてください。

造影剤を使用した検査後の注意

- ◎ 造影剤を使用した方は、水・お茶などの水分をいつもより多く飲んでください。
- ◎ 造影剤を使用した方で帰宅してからじん麻疹・吐き気・頭痛・息苦しさ等があるときは、当院に連絡ください。
- ◎ 授乳中の方で造影剤を使用した方は、3日間は授乳しないでください。
(造影剤が母乳中に移行するためです。)

MRI 検査 チェックリスト ・ 同意書

〒人 寺尾会 寺尾病院

氏名 _____

体重: _____ kg

検査を安全にお受けいただくための質問です。該当する解答の□にチェック☑をして下さい。

1. MRI 検査を受けるのは初めてですか？ ☐いいえ ☐はい
2. 体内に以下のような医療用の金属・機器・人工物 等 がありますか？

検査禁忌 ☐はい がある場合は当院では検査が行えません。

- 心臓ペースメーカー(MRI対応も含めて)埋込型除細動器 ☐いいえ ☐はい
- 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置 ☐いいえ ☐はい
- 圧可変式バルブシャント(脳室シャント・V-Pシャント) ☐いいえ ☐はい
- 消化管出血の止血クリップ(ポリープ切除後など) ○マーキングクリップ ☐いいえ ☐はい

以下、☐はい がある場合は医師に相談して下さい。

- 脳動脈クリップ(2003年以前は検査できません) ☐いいえ ☐はい
- 人工心臓弁(1970年以前は検査できません) ○血管内ステント(術後8週間以内は検査できません)
- 人工血管 ○コイル ○フィルター ○リード線 ☐いいえ ☐はい
- 気管や食道、胆管などの金属ステント ☐いいえ ☐はい
- 脊椎固定具 ○人工関節 ○人工骨頭 ○骨折固定プレート ○ビス ☐いいえ ☐はい
- 外傷による金属片が体内にありますか？ ☐いいえ ☐はい
- インプラント ○歯科矯正 ○磁石固定式入れ歯 ☐いいえ ☐はい

上記以外の金属、機器、人工物があればご記入ください。

- 入れ墨 ○アートメイク ☐いいえ ☐はい
- 閉所恐怖症あるいは暗所恐怖症ですか？ ☐いいえ ☐はい
- 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか？ ☐いいえ ☐はい

同 意 書

上記の問診の意義および注意事項、検査の必要性について説明を受け、質問する機会を得ました。
また、「MRI 検査をお受けになる患者様へ」を熟読し、納得しました。
MRI 検査を実施する事に同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

患者または家族・代理人の署名 _____ 【続柄: _____】

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 依頼医師 _____

3. 寺尾病院 来院後チェック

検査当日禁忌 ☐はい がある場合は当日の検査が行えません。

- カラーコンタクトレンズをつけていますか？(外すことができない場合) ☐いいえ ☐はい
- 増毛パウダーを使用していますか？ ☐いいえ ☐はい
- 金属含有薬(ゲーベンクリーム)を前日以降に塗っていますか？ ☐いいえ ☐はい
- 化粧あるいは日焼け止めをしていますか？(落とすことができない場合) ☐いいえ ☐はい
- ネイルあるいはマニキュアをしていますか？ ☐いいえ ☐はい

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 寺尾病院医師 _____

MRI 検査依頼書

(フカナ) 患者氏名	様 [男 ・ 女]					
生年月日	大・昭 平・令	年	月	日	[歳]	
住所				電話番号		
保険情報	[本人・家族]			負担割合 (1割・2割・3割)		
	保険者番号			記号番号		
	公費	負担者 番号	受給者 番号			
検査予約	☐ 単純撮影 ・ ☐ 造影 eGFR 45未満は造影禁忌です。 45～60は注入量を2割減らします。					
	検査部位 : 【 】					
	読影依頼 ☐ 無 ☐ 有					
	第1希望検査日時 [月 日 時 分] 第2希望検査日時 [月 日 時 分]					
確定 検査日時 [月 日 時 分] ※受付は検査時間の20分前にはお越しください						
診療情報	【検査目的】			【臨床診断】		
現在の処方						

※体内金属が『MRI対応』であるのかを手術を受けた病院にご確認ください。

※モーショナーチファクトが出る場合がございます。

※検査中に熱感を生じた場合は、安全上の理由で検査を中止する場合がございます。

ご依頼元	貴院名：
	医師名：
	TEL/FAX:

医療法人 寺尾会 寺尾病院

TEL:096-272-0601

FAX:096-273-2759