

1. MR I 検査を受けられる方へ（必ずお読みください）

以下をよく読まれたうえで次ページのMR I 問診票にご記入ください。

MR I 検査とは

強い磁石と電磁波を用いて撮像する検査です。長いトンネルの中に入って検査します。撮像中は工事現場のような大きな音がしますので、耳栓をして入っていただきます。検査にかかる時間は約40分です。検査中、痛みはありません。

- ◆安全に検査を行うために、MR I 問診票(2ページ目)の質問に正確にお答えください。(体内に電子機器や金属類のある方は、MR I 検査はできません。)
- ◆金属類について、ご不安、ご不明な場合は予約時に医師または看護師にご相談ください。

検査当日のお食事やお薬

- ◆腹部（肝臓・膵臓。胆嚢等など）の検査の方は、検査の4時間前より禁食となります。
- ◆腹部以外の検査の方は、お食事の制限はありません。
- ◆常用薬はいつも通り服用・貼付してください。※ただし、糖尿病の方は除く。
- ◆糖尿病の方は、当日のお食事、お薬については主治医にご相談ください。

検査室に入る前の準備と注意点

- ◆次のような金属類は、更衣室のロッカーにしまってください。
 - 時計、携帯電話、補聴器、時期カード(駐車券, 銀行カード, クレジットカード等)
検査室に持ち込むと壊れたり、使用できなくなったりする場合があります。
 - ヘアピン、アクセサリ（ネックレス、ピアス、指輪など）
 - その他の金属を含むもの（はずせる入れ歯, エレキバン, 使い捨てカイロ, めがね, かつら, 金属のついた下着, 小銭, 安全ピン, 鍵, ライターなど）
- ◆義肢（義足, 義手）, コルセット, 義眼などは、検査直前に取り外していただきます。
- ◆以下のものは含まれる成分によっては発熱し、眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります。
検査当日はつけずに来院してください。
(もしつけてきた場合は検査前にお取りいただきます。)
 - アイメイク
 - ネイルアート
 - カラーコンタクトレンズ
- ◆以下に該当する方は、予約時に主治医に申し出て検査を受けるメリット・デメリットについて相談してください。
 - 磁石を利用した義歯は、MRI検査後に磁力が低下する場合があります。
 - 刺青(イレズミ：背中, 胸, 腕, まゆげみ, アートメイク)は火傷を起こした報告がありません。
 - 妊娠中もしくは妊娠の可能性がある方
妊娠初期はMR I 検査を受けないほうが望ましいと言われています。

検査中の注意点

- ◆検査中に気分が悪くなるな異常を感じたときはお渡ししたブザーでお知らせ下さい。

2. MRI問診票（当日放射線科受付提出書類）

MRI検査を安全に行うために、以下の質問に
正確にお答えください（検査当日の状況をご記入下さい）

記入者名 _____
本人または代理人(続柄： _____)
体 重 _____ kg (記入日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日)

- 1) 体内に以下のような医療による金属類, 機械, 人工的なものがありますか
- | | | | |
|---------------------------------------|-----|--------|-----|
| 心臓ペースメーカー, 植え込み型除細動器 | いいえ | はい | |
| 人工内耳, 神経刺激装置などの体内電子装置 | いいえ | はい | |
| 脊柱管内リード線, 精髓刺激装置 | いいえ | はい | |
| 脳動脈瘤クリップ (クモ膜下出血の手術) | いいえ | はい(手術日 | 年頃) |
| 心臓や血管内の金属類, 人工物 | いいえ | はい | |
| (リード線, コイル, スtent, 人工血管, フィルター等)人工心臓弁 | いいえ | はい(手術日 | 年頃) |
| 圧可変式バルブシャント (脳室シャント: 水頭症の手術) | いいえ | はい | |
| 消化管出血の止血クリップ, マーキングクリップ | いいえ | はい | |
| 人工骨頭, 人工関節, 釘など(整形外科の手術) | いいえ | はい(部位 |) |
| 胆管, 食道, 気管などの金属stent | いいえ | はい(部位 |) |

- 2) 体内に外傷による金属片(銃弾破片や鉄片など)がありますか いいえ はい(部位 _____)

3) 以下の“金属類や人工的なもの”を身につけていれば、○で囲んでください
補聴器 義眼 義足 義手 磁石を利用した義歯(入れ歯) 歯列矯正器具
コルセット 鍼(はり) 治療の針

- ◆上記1-3)以外に何か金属類, 機械, 人工的なものあればご記入ください。(_____)

- | | | |
|----------------------------------|-----|---------------|
| 4) 刺青(イレズミ・まゆずみ・アートメイク含む)をしていますか | いいえ | はい(部位 _____) |
| 5) カラーコンタクトレンズを使用していますか | いいえ | はい |
| 6) 貼り薬を貼っていますか | いいえ | はい |
| 7) 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか(女性のみ) | いいえ | はい |
| 8) 閉所恐怖症ですか | いいえ | はい |
| 9) 今までにMRI検査を受けたことありますか | いいえ | はい |

検査同意書

私は検査内容を十分に理解した上で、MRI検査の実施に同意いたします。

医療法人興生会 相模台病院 院長 殿
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日