

## MRI 検査を受けられる 様

あなたの MRI 検査予約は、           年            月            日 (            )            時            分 です。  
検査部位は、頭部 頸部 胸部 腹部 胆嚢・膵臓 骨盤 膀胱  
脊椎 関節 四肢 その他 (          ) です。

検査予約時間の 45 分前までに総合受付 (2 番) にお越しください。  
手続き後、放射線科 (22 番) で受付をお願いします。

・胆嚢、膵臓 (MRCP) の検査の方は、

検査が午前の場合には 朝食を 摂らないでください。

検査が午後の場合には 昼食を 摂らないでください。

※少量の水、お茶などは構いませんが、乳製品やその他の飲料水はお控えください。

・膀胱 (MRU) の検査の方は、検査直前の排尿はしないでください。

### MR I 検査前の準備

以下のものは、検査に影響を及ぼすことがあります。検査前に必ずお取りください。

- 金属類 … 時計、携帯電話、補聴器、メガネ、ライター、鍵、安全ピンなど
- 装飾品 … ヘアピン、ネックレス、ピアス、イヤリング、指輪、ベルトなど
- 貴重品 … 財布、硬貨、磁気カード、キャッシュカード、クレジットカード、IC カード、テレホンカード、定期券、診察券、駐車券など
- 下着類 … 機能性下着、保温下着 (ヒートテックなど)、金属の付いた下着 (ブラジャー)、ガードル、遠赤外線下着、コルセットなど
- 化粧品 … アイメイク、マスカラ、ラメ入りの化粧など
- 貼付剤 … 湿布、エレキバン、カイロ、狭心症治療薬 (ニトロダーム)、禁煙補助薬 (ニコチネル)、パーキンソン病治療薬 (ニュープロパッチ)、鎮痛薬 (ノルスパンテープ) など

※医療用麻薬 (デュロテップ、ワンデュロパッチ、フェントス、フェンタニルなど) は、お申し出ください。

- その他 … カツラ、ウィッグ、増毛パウダー、カラーコンタクトレンズ、義歯、義眼など

※血糖測定器 (リブレ等) やインスリンポンプを使用している場合は、かかりつけ医にお申し出ください。

時間通りに来院できない場合、もしくは予約を変更する場合には、  
下記の問い合わせ先までご連絡ください。

#### 【問い合わせ先】

国立病院機構 熊本医療センター 放射線科

TEL: 096-353-6501 (内線 3201)

## MRI検査の問診票

様 検査日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( )

### MRI検査を受ける場合の注意事項

MRIの磁気や電波は、人体への影響はありません。しかし、磁石につく金属(磁性体)には影響を与えます。そのため以下の質問にお答えください。

ペースメーカー、ICD(埋込型除細動器)、神経刺激装置などを埋込む手術を受けていますか？	はい ・ いいえ
脳動脈瘤クリップ、人工内耳、シャント(VP、LP)、磁石を用いた義歯やインプラント、歯科矯正器具、人工関節、人工骨頭、プレートやボルトなどの金属を埋込む手術を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
上記が【はい】の方は、わかる範囲で部位・種類と手術と受けた時期を御記入ください。	. / 年
最近6週間以内に体内に金属ステント、コイルを挿入する治療や手術を受けたことがありますか？	はい ・ いいえ
上記が【はい】の方は、わかる範囲で部位・種類と治療と受けた時期を御記入ください。	. / 年
今までに目や眼窩内、その他体内に金属の異物があるといわれたことがありますか？	はい ・ いいえ
上記が【はい】の方は、わかる範囲で部位・種類と時期を御記入ください。	. / 年
貼り薬を体に貼っていますか？ 湿布、エレキバン、カイロ、狭心症治療薬(ニトロダーム)、禁煙補助薬(ニコチネル)、パーキンソン病治療薬(ニュープロパッチ)、鎮痛薬(ノルスパンテープ)、医療用麻薬(デュロテップ、ワンデュロパッチ、フェントス、フェンタニル)など	はい ・ いいえ
カラーコンタクトレンズを装着していますか？	はい ・ いいえ
アイメイク、マスカラ、ラメ入りの化粧などはしていますか？	はい ・ いいえ
<b>貼り薬、カラーコンタクトレンズ、アイメイク、マスカラ、ラメ入りの化粧などは、やけどの原因となりますので、検査前には外してください。</b>	
血糖測定器(リブレなど)やインスリンポンプなどは使用していますか？	はい ・ いいえ
<b>血糖測定器(リブレなど)やインスリンポンプを使用している場合は、主治医にお申し出ください。</b>	
狭いところが苦手(閉所恐怖症)ですか？	はい ・ いいえ
入れ墨、タトゥー、アートメイクはありますか？	はい ・ いいえ
妊娠中、または妊娠の可能性はありますか？	はい ・ いいえ

※上記に該当する場合は、検査が行えない場合がありますので、かかりつけ医にお申し出ください。

記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

記入者: \_\_\_\_\_