

患者ID: _____

MRI 検査を受けられる _____ 様

診療科: _____ 外来・入院 (_____ 病棟) 主治医: _____

貴方の MRI 検査予約日は

_____ 年 月 日 ()

_____ 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。

- ・外来の患者様は検査時間の 30 分前までに 22 番画像診断センター受付にお越しください。
- ・検査予約時間に遅れますと検査が出来ない場合があります。
※予約時間に来院出来ない場合は、画像診断センター受付(内線:3201)までご連絡ください。
- ・予約の変更は、診療科にご相談ください。
- ・入院の患者様は MRI 室から病棟へご連絡致しますので、病棟でお待ちください。
- ・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。

MRI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(ニューロパッチ)、鎮痛薬(ノルスバンテープ)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。

MRI検査の問診票

患者ID: _____ 様 検査日: _____ 年 月 日()

診療科: _____ 外来・入院 (病棟) 主治医: _____

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
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。	
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
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。	
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、主治医にお申し出ください。

記入日: _____ 年 月 日

記入者: _____