

MRI 検査予約票 (1) 放射線科用

検査日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 曜日 _____ 時 _____ 分

検査依頼医へのお願い

MRI 検査は他の検査とは異なり、以下の事項に注意が必要となりますので、お手数ですがご確認の上
チェックリストのすべての項目について記入をお願いします。

- 1) ペースメーカー使用者は絶対的禁忌となっております。また、金属製の心臓人工弁、人工内耳（移植蝸牛刺激装置）人工耳小骨、神経刺激装置（深部脳刺激装置、TENS 装置）除細動装置、注入ポンプなどを使用されている方、磁石により装着する義眼や磁力部分が着脱不能の義歯を使用されている方、冠動脈などに磁性体のステントを挿入されて 2 ヶ月未満の方は基本的に検査を受けることができません。
- 2) 手術等で体内に金属が埋め込まれている方や、外傷、鉄工所の仕事などで体内（皮下や眼球内など）に金属（鉄片や弾丸など）が残存する方は金属の材質がわからない場合は検査困難です。
- 3) 入れ墨やパーマメントメイクアップ（眉毛などの皮下に色素を入れる）は顔料に金属が含まれる事もあり、火傷の危険性もあります。検査は可能ですが、検査中に熱感や違和感のある場合、検査を中止させて頂きます。
- 4) 胎児に対する MRI 検査の安全性は確立されていません。基本的に妊娠中の方は検査をお受けになることができません。（特に妊娠 3 ヶ月未満の方は慎重になる必要があります。）

チェックリスト

ペースメーカー	無	有	
手術歴	無	有	(_____ 年)
体内金属	無	有	
			その部位 _____ 材質 _____
入れ墨（パーマメントメイクアップ含む）	無	有	
妊娠の可能性	無	有	
閉所恐怖症	無	有	
30 分程度の安静	可	不可	
鉄代謝異常（ヘモクロマトーシス等）	無	有	
薬剤アレルギー	無	有	(薬剤名 _____)
体重（電磁波の影響を考慮する上で必要となります）			(_____) kg

ご協力ありがとうございました。尚、2 枚目は検査を受けられる方へお渡してください。

MRI 検査予約票 (2) 患者様用

検査日 年 月 日 曜日 時 分

検査当日は予約時間の 30 分前までにお出でになり、この用紙と紹介状を 2 階受付にお出しください。(尚、当院の診察券をお持ちの方は一緒にご持参ください。)

検査当日の食事制限は撮影する部位にかかわらず基本的にありません。ただし胆のうの検査 (MRCP) を行う方は以下の通りです。

午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は昼食を摂らないでください。

尚、水分 (お茶、お水などの乳成分を含まないもの) は摂取しても結構です。

また、検査終了後の食事制限は一切ありません。

MRI は大きな磁石と電波を利用し身体の断層写真を撮る検査です。放射線による被ばくはありません。尚、検査中は木槌で木を叩くような大きな連続音がしますが、心配ありません。検査時間は通常 20 分 ~ 30 分です。検査開始と終了の時刻が予定より多少前後することがあります。あらかじめご了承ください。

心臓ペースメーカーを使用されている方は検査できません。

体内に金属が埋め込まれている方は、検査できない場合があります。

金属片、金属粉が飛び散る可能性のある作業をされている方は検査できない場合があります。検査開始前に検査衣に着替えていただきますが、検査室内は磁場が非常に強いので下記のものなどは持ち込むことができません。必ずロッカーに入れて施錠してください。

金属類・・・ヘアピン、ネックレス、ピアス、指輪、時計、携帯電話など

磁気(IC)カード・・・キャッシュカード、クレジットカード、テレフォンカード、診察券など

その他・・・金属のついた下着、取り外しのできる義歯、補聴器、かつら、湿布、エレキバン、
使い捨てカイロ、ニトロダーム(心臓のお薬)、ニコチンパッチ(禁煙補助剤)など

検査当日のお化粧品は控えめにお願いします。(特にマスカラ、アイシャドー、ラメ入りのマニキュアなどは金属を含んでいる場合もあり、火傷の危険性や、検査に支障をきたす恐れもありますので、できるだけ付けないで来院して下さい。)

カラーコンタクトレンズも材質的に金属が使われている場合がありますので、はずして来院していただくか、検査前にはずしていただきます。

フィルムは基本的に当日お渡ししますが、報告書の作成に 3 日から 4 日程度お時間をいただきます。ご了承ください。

原則として予約の変更はなされない様お願いします。やむを得ない場合は、検査前日の午前 9 時から午後 5 時の間までに下記にご連絡ください。(日曜、祭日は除く)