# MRI検査説明書

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 様

☐ 頭部　☐ 胸部　☐ 腹部　☐ 骨盤
☐ 四肢　☐ 脊椎　☐ その他（　　）　の検査を行います。

当日は、再来受付機で受付後、各診療科窓口にお越し下さい。

緊急検査や前処置等の都合で、検査開始が遅れることもありますので、予めご了承下さい。
この検査は、強力な磁気によって得られる情報を計算し、画像化して診断に利用します。
そのため金属類は検査の支障になるばかりか、危険なものになりますので、決して検査室に持ち込まないでください。

☐ 入室時の物品所持に関する確認
下記の物品を所持して入室し検査を受けられた場合は、磁気の影響を受け撮影された画像に歪みを生じたり、その物品自体が使用できなくなります。必ずご確認ください。

・取り外し可能な義歯　・補聴器　・アクセサリー類　・エレキバン　・カイロ　・化粧品
・ヘアピン　・時計　・財布およびカギ　・クレジットカード　・キャッシュカード　・お守り
・テレホンカード　・プリペイドカード（バスカード，オレンジカード等）　・定期券　・携帯電話
・金属のついた下着　・刺青（検査ができない場合があります）
・ペースメーカー，人工内耳（必ずお申し出下さい）　・カラーコンタクト，角膜矯正コンタクト

☐ **ペースメーカーを装着されている方は、この検査を受けることができません。**
手術を受けて金属・人工骨頭・クリップなどがある方は検査の前に職員にご相談下さい。
☐ 検査着へ着替えていただきます。着替えやすい服装でお越しください。
☐ 検査部位に関わらず、できるだけ薄化粧で来院して下さい。
化粧品の種類によっては金属を含んでいるものがあり、検査及び安全に支障があると判断される場合、落としていただくこともあります。
☐ 食事制限があります。
造影剤を使用することがあるため、検査前4時間以内の食事や水分はお控えください。
☐ 服用中のお薬は医師の指示がない限り、通常通り服用して下さい。
☐ 妊娠の可能性のある患者様は、担当技師へ必ず申し出て下さい。
☐ 検査にお越しになれない場合、必ずご連絡ください。

ご都合がつかず検査を延期または中止されたい方は、前日までに下記へ連絡して下さい。

※ 乳幼児の場合、検査の時に眠れるように、できるだけ昼寝はさせないで下さい。

平戸市民病院　Tel: 0950-28-1113

# MRI検査に際しての問診表

ID:

氏名:　　様

検査日時　　**検査日**　　月　　日　　**時間**　　時～

**体重**　（　　）Kg

**生年月日**　　0　　歳

MRI検査は、強力な磁気を利用して体の断面図を撮影する検査です。
正確で安全な検査を行うために、以下の質問にお答えください。

・ 心臓ペースメーカーをつけていますか？　（ はい　いいえ ）

・ 人口内耳・体外除細動器・神経刺激装置・骨成長刺激装置を使用していますか？

（ はい　いいえ ）

・ 手術をされたことがありますか？　（ はい　いいえ ）

はいの方のみ　いつ頃？　（　　年　　月　頃）

部位は？　（　　）

・ 体内に金属が入っていますか？　（ はい　いいえ ）

はいの方のみ　どのような金属が入っていますか？　〇印で囲んでください。

脳動脈瘤クリップ　人工心臓弁　V-Pシャント　義眼　固定磁石の入れ歯

人工骨頭 ・ 間接　プレート　髄内釘　手術クリップ ・ ワイヤー

ステント　コイル　体内留置カテーテル　避妊リング

その他（　　）

・ けがや仕事などにより金属片・金属粉が皮下や眼球内、その他体内に入っている可能性がありますか？

（ はい　いいえ ）

・ 入れ墨やアートメイクをしていますか？　（ はい　いいえ ）

・ 心臓の薬を体に貼っていますか？　（ はい　いいえ ）

・ 妊娠の可能性がありますか？　（ はい　いいえ ）

・ 閉めきった場所や狭いところでは気分が悪くなりますか？

（ はい　いいえ ）