

MRI 検査の説明書

1. MRI 検査について

- ・強力な磁気のと電波を使って臓器や血管を撮影する検査です。
- ・検査中は大きな音がします。検査時間は 20～40 分ほどかかります。

2. 検査の注意点

- ・身体の中に金属類がある場合、検査ができない可能性があります。
- ・刺青・アートメイクはやけどの可能性あります。
- ・全ての方に検査着へ着替えていただいています。
- ・着替えをしやすい服装で来院してください。
- ・ヘアピン・アクセサリー等の金属は装置に吸着する恐れがあるため持ち込めません。
- ・時計・補聴器・磁気カードは故障するので持ち込めません。
- ・お化粧品は画像に影響を及ぼす可能性があるため、アイメイクはしないでください。
- ・入れ歯やコンタクトレンズは外していただきますので、容器を御持参ください。
- ・腎臓・膀胱・前立腺の検査を受けられる方は、膀胱にお小水の溜まった状態で検査します。検査前 1 時間は排尿しないでください。(無理な場合は検査室に連絡してください。)

3. 飲食について

検査部位により、食事や飲水に制限があります。

- ・造影検査は副作用を想定し、検査 3 時間前から禁食をお願いします。
- ・腹部・骨盤部の検査は検査 3 時間前から禁食、飲み物は水・お茶をお飲みください。

4. 薬について

常用薬は主治医の指示に従い服用してください。

腹部・骨盤部の検査の方は、検査当日鉄剤の服用はしないでください。

予約票

様の検査は

_____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分です。

検査当日は検査 30 分前の (_____ : _____) に放射線科受付にお越しください。

食事制限 あり 検査 3 時間前 (_____ : _____) から禁食 なし

飲み物制限 あり (水・お茶のみ可) なし

服薬制限 あり 当日 (朝・昼) 中止 なし

排尿制限 あり 検査時間 1 時間前 (_____ : _____) から なし

検査日時の変更または検査をキャンセルされる場合は、稲城市立病院に早めに連絡ください。

稲城市立病院

代表TEL 042-377-0931

受付時間 15:00～16:00

MRI検査の問診票

様

記入日： 年 月 日

1. 心臓ペースメーカー・ICD を使用していますか？ いいえ はい
 MR 検査対応機種ですか？ 知らない いいえ はい
 装置の機種 (メーカー： _____ 型式： _____)
2. 今までに手術をしたことがありますか？ いいえ はい
 _____ 年頃、手術名 (_____)
3. 身体の中に金属が入っていますか？ いいえ はい
 クリップ・コイル・人工関節・ステント・人工心臓弁・人工内耳・金属プレート
 義眼・入れ歯・インプラント・事故による金属片・その他 (_____)
4. 刺青やアートメイクがはいっていますか？ いいえ はい
 入っている場所 (_____)
5. 狭いところが苦手ですか？ いいえ はい
6. 検査中 (20~40 分) 同じ姿勢をたもてますか？ いいえ はい

7. 現在の体重をご記入ください _____ kg

8. (女性の方のみ)
 現在、妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

9. その他、気になることや質問があれば記入してください。
 (_____)

* 上記項目の「下線付き □」のいずれかに印がある場合は検査室に確認してください。

説明者署名： _____

MRI 検査室内に持ち込むと破損または検査に影響を及ぼすものがあります。
 検査直前に担当者が再度確認をします。

刺青・アートメイクがある方へ

刺青・アートメイクには、インク成分に鋳物を含むものがあります。
 MRI 検査によって変色や低温やけどを生じる可能性があります。
 今回の検査の必要性和危険性について説明を受け、内容を十分に理解しました。
 そのうえでMRI 検査実施に同意します。

同意年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 同意者署名： _____

検査室チェック者署名：