担当医

ＭＲＩ検査を受けられる方へ

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

月　日（　）午前・午後　　時　　分から

検査を開始する予定です。病院に２０分前までにご来院下さい。検査時間は２０～３０分です。
なお、予約時間に間に合わない場合、または都合が悪くなった場合は早めに裏面の電話番号にご連絡下さい。
※当日の検査状況、緊急の検査などによって検査開始時間が前後することがありますので、ご了承下さい。

ＭＲＩとは、磁気共鳴画像法の意味で、強力な磁気を利用し体の断面図を撮影する方法です。ＭＲＩはＣＴと異なり放射線を用いないので、放射線被ばくの心配はありません。ＭＲＩ装置は大きな磁石のドームになっており、その中に入って検査をします。検査中は大きな音と振動を感じます。
機械の作用によって体が熱く感じる方もいらっしゃいます。検査中なにか違和感がありましたら技師にお知らせ下さい。

予約検査の方へ
当日は検査の行いやすい服装で来院して下さい。検査室内は強力な磁気によりＭＲＩ装置に金属類が引き込まれ、飛んでしまったり、壊れてしまう可能性があり、大変危険です。安全に検査を行うために下記の物を絶対に検査室内に持ち込まないで下さい。

万が一、下記の物を持ち込み、使用不能となっても一切の責任を負いかねますのでご了承下さい。

●金属類･･･腕時計、メガネ、ベルト、財布（小銭）、鍵、アクセサリー、安全ピン、ブラジャーのホック、マスク（ワイヤー入りのもの）等
●磁気カード･･･駐車券、キャッシュカード、プリペイドカード、通帳、クレジットカード、カードキー等
●その他･･･入れ歯、補聴器、カイロ、万歩計、携帯電話・スマートフォン等の電子機器、人工繊維の下着（ヒートテック・エアリズム等）、カラーコンタクトレンズ
●化粧品･･･マスカラやアイシャドウ等ラメや顔料に金属を含むもの

心臓ペースメーカーを埋め込んでいる方はペースメーカーが誤作動、停止する恐れがありますので、検査はできません。脳動脈瘤クリップの一部や各種ステントの一部、可動性義眼、人工骨頭、金属プレート、などが埋め込まれている方については検査ができない場合があります。

お手洗いは検査前に必ず済ませておいて下さい。

何か不明な点がございましたら、担当医師・診療放射線技師・看護師にお尋ね下さい。

インプラントや歯科矯正器具は、治療状況や種類によっては撮影できないこともありますので、担当の歯科医師に確認して下さい。

【その他注意事項】

●化粧品について

化粧品には、磁性体が含まれている物（アイシャドウ、マスカラ、アイライン、アイブロウやラメ入りの化粧品全般）があり、画像に影響があるだけでなく目の周りや粘膜等を傷つけたり、火傷をする恐れがありますのでつけずに来院して下さい。

●食事や薬の服用について

水分、食事制限は特にありません。ただし、指示があった場合は食事を控えて下さい。

服用中のお薬は指示がない限り、通常通り服用して下さい。

●検査開始時間について

検査開始時間はあくまで目安です。当院にはご予約の患者さんの他に様々な患者さんがいらっしゃいます。中には急を要する方も居ますので、当日の検査状況によって検査開始時間が前後する事がありますので、ご了承下さい。

検査当日に持参して頂くもの

保険証、医療受給者証、限度額認定証など

※この用紙は検査を受ける方が、検査説明、内容に同意しているかの確認になりますので検査当日必ずご持参下さい。

予約の変更などわからない事があれば下記へ電話して下さい

なかざわ記念クリニック　放射線課　（0563）55-0331

医療法人 仁医会
なかざわ記念クリニック
NAKAZAWA KINEN CLINIC

ＭＲＩ検査票

依頼病・医院

依頼医師　氏名

読影報告書送付先

TEL（　　）　　―

FAX（　　）　　―

フリガナ

氏名

性別

男・女

生年月日

Ｔ・Ｓ・Ｈ・Ｒ　　年　　月　　日

診察（当日・後日）

記入者名

検査日時　　令和　　年　　月　　日（　　）　　時　　分

検査部位（検査項目に✔をお願いします。）							
	頭部　　□VSRAD		肩関節　（ R・L ）		股関節		その他の部位
	MR Angio　□頭部 □頚部		肘関節　（ R・L ）		膝関節　（ R・L ）		
	頚椎・頚髄		手関節　（ R・L ）		足関節　（ R・L ）		
	胸椎・胸髄		腰椎・腰髄		腹部　　□MRCP		

病歴（主症状・検査所見）検査目的

装置名称 HITACHI ECHELON RX

技師署名

医療法人 仁医会
なかざわ記念クリニック
NAKAZAWA KINEN CLINIC

〒445-0073
西尾市寄住町洲田 20-1
放射線科
TEL 0563-55-0331
FAX 0563-55-0171

MRI 問診票

問診終了後、この問診票の下部に、ご本人の氏名をご記入ください。
当院が危険と判断した場合は検査ができない場合があります。

心臓の手術をしたことがある。　（手術名：　　）	はい ・ いいえ
心臓ペースメーカーを装着している。	はい ・ いいえ
埋め込み型人工内耳がある。	はい ・ いいえ
体内に金属（人工骨頭、クリップ、ステント、コイル、義眼等）を埋め込んでいる。 「はい」の方のみお答えください。体内金属は MRI 対応ですか。 （MRI 対応か分からない場合は、担当医または手術した病院にお問い合わせください。）	はい ・ いいえ □MRI 対応
補聴器をしている。	はい ・ いいえ
義歯（入れ歯）がある。	はい ・ いいえ
インプラントがある。 「はい」の方のみお答えください。インプラントは MRI 対応ですか。 （MRI 対応か分からない場合は、施術した歯医者にお問い合わせください。）	はい ・いいえ □MRI 対応
コンタクトレンズを使用している。 （コンタクトレンズに染料が含まれており、極めてまれに目が傷つく恐れがあります。説明に了承された場合はチェックをお願いします。）	はい ・ いいえ □説明了承
刺青・永久的なアイライン等がある。 （極めてまれですが、検査中に火傷の恐れがあります。 説明に了承された場合はチェックをお願いします。）	はい ・ いいえ □説明了承
閉所恐怖症である。（トンネル内の狭い所で検査を行う為） （検査が途中で中止となる場合があります。 説明に了承された場合はチェックをお願いします。）	はい ・ いいえ □説明了承
妊娠の可能性がある。（妊娠初期の方は原則として検査を行いません。）	はい ・ いいえ
検査による火傷防止のために現在のおよその体重をご記入ください。	kg

MRI 室内に金属類を持ち込む事は危険を伴う場合がありますので、身体の安全の為に原則金属類は取り外して入室していただきます。
許可なく電子機器等を持ち込み検査中に故障した場合、当院は責任を負いかねますのでご了承ください。

検査を受けられるご本人の署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（代筆者：　　）

問診確認者（看護師）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿検査担当者（技師）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿