

MR I 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。

MR I 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。MR I 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。MR I 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MR I 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ます、**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、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、アイブロー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

MR I 検査票

フリガナ		性別	依頼病・医院
氏名		男・女	依頼医師 氏名
生年月日			読影報告書送付先
T・S・H・R 年 月 日			TEL () —
			FAX () —
			読影レポート (通常・ 緊急)
		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 <input type="checkbox"/> VSRAD	肩関節 (R・L)	股関節	その他の部位	
MR Angio <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部	肘関節 (R・L)	膝関節 (R・L)		
頚椎・頸髄	手関節 (R・L)	足関節 (R・L)		
胸椎・胸髄	腰椎・腰髄	腹部 <input type="checkbox"/> MRCP		

※造影検査の場合は別紙の「造影検査問診表」と「造影検査説明と同意書」を同時に提出して下さい。

病歴 (主症状・検査所見) 検査目的	メディアの種類	チェック
	CD-R 希望	
	フィルム希望	
感染症 (<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M)		

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、ご本人の氏名を記入してください。

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
- 埋め込み型人工聴器がある はい・いいえ
- 人工骨頭、クリップ、ステント、コイル、義眼（可動性のもの）等がある はい・いいえ
- 手術を受けたことがある（どこ： 　いつ： 　） はい・いいえ
- 体内に金属を埋め込んでいる（どこ： 　いつ： 　） はい・いいえ
- 心臓の手術をしたことがある（手術名： 　） 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・いいえ
歯科に確認しましたか（はい・いいえ）
- 補聴器をしている はい・いいえ
- コンタクトレンズを使用している はい・いいえ
(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。) □説明了承済
- 刺青・永久的なアイライン等がある はい・いいえ
(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) □説明了承済
- 閉所恐怖症である（トンネル上の狭い所で検査を行う為） はい・いいえ
(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) □説明了承済
- 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

-
- 財布、鍵（家・車等）を持っている はい・いいえ
 - 磁気記録媒体を持っている（駐車券・キャッシングカード・通帳等） はい・いいえ
 - ネックレス、ブレスレット、ペンダント、ピアス、イヤリング等の装飾品をしている はい・いいえ
 - ヘアピン、かつら（金具でとめるタイプ）等をしている はい・いいえ
 - カイロ、エレキバン等をしている はい・いいえ
 - コルセット（金属の入っている物）をしている はい・いいえ
 - 衣類に金属のボタン等がある はい・いいえ
 - ブラジャー（金属製のホック、ワイヤーのある物）を着用している はい・いいえ
 - 精密機器（腕時計等）を着用している はい・いいえ
 - 電子機器（携帯電話、スマホ、万歩計等）を持っている はい・いいえ
 - 鉄製小物（ライター、筆記用具、はさみ、ナイフ等）を持っている はい・いいえ
 - マスカラ、アイシャドー（特に外国製で青色の強いもの等）をしている はい・いいえ

MRI 室内に以上のような金属製装身具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頂きます。

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： _____)

問診確認者名（看護師） _____ 検査担当者（事務） _____ (技師) _____