

国保水俣市立総合医療センター 単純MRI検査 予約票

患者氏名() T・S・H 年 月 日生(歳) (男・女)

検査予約日： 年 月 日 検査予約時間： 時 分

<単純MRI検査を受けられる方へ>

この検査は、強い磁場（磁石）を利用して体内の情報を画像にする検査方法です。身体に影響はありませんが、次のことをお守りください。

1. 食事について

以下の検査項目の方のみ食事制限があります。

○胆嚢・膵臓を目的とした単純MRCP検査の方

検査前6時間の食事・検査前2時間の水分補給をしないようにしてください。

○上記以外の検査の方は食事制限はありません。

※服用中のお薬は医師の指示がない限り普通通りに服用して下さい。

2. 注意事項

心臓ペースメーカー・人工内耳・可動式義眼を装着されている方は検査できません

※MRI対応ペースメーカーの場合は手帳がなければ検査ができませんのでご注意ください。

次の方はMRI検査を受けられない場合がありますのでお知らせ下さい。

- 体内に埋め込み金属のある方（脳動脈瘤クリッピング・冠動脈ステントなど）
- 妊娠している方、授乳中の方（造影検査の場合）
- 閉所恐怖症など、狭い所が苦手な方

3. 検査前の準備

次の物は故障したり、検査に影響することがあります。検査前に必ず取り外してください。

- 機械類（補聴器・携帯電話・時計・万歩計・携帯ゲーム機器・電子手帳など）
- 金属類・装着品（入れ歯・かつら・ピアス・エレキバン・カイロ・金属のついた下着・ヒートテックベルト・メガネ・ヘアピン・鍵・ライターなど）
- 磁気を使用した物（財布・駐車券・キャッシュカード・クレジットカード・定期券など）
- アルミ製の貼り薬（ニトロダームなど）、遠赤外線保温下着、アルミ裏打ち毛布

※カラーコンタクト・入れ墨・マスカラ・アイシャドウ・金属異物などは事前にお知らせ下さい。

※服装によっては、検査着に着替えてから検査室に入っていただきます。

※検査時間は全部で30～60分程度です。

※わからない事があれば、画像診断センター(TEL・FAX 0966-63-2241)までご連絡下さい。

以上

検査当日は再来受付をお済ましの上、検査予約時間の

30分前までに 医療センター2階放射線科受付 までおいで下さい。

単純 MRI 検査事前チェック表

氏名(_____) T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日生(_____ 歳) 体重(_____ kg)

性別(男・女)

検査日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

- MRI検査の患者さんには、MRI 検査事前チェック表の確認を行い、事前に画像診断センター (TEL・FAX 0966-63-2241)に FAX してください。

下記のチェック項目を確認しチェック欄にレ点を入れてください。

	チェック項目	チェック欄	備考
検査不可 となる項目	・体内埋込式ポンプ ・神経刺激発生装置 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	全ての MRI 検査 において材質に 関係なく <u>検査不可</u>
	・MRI 非対応心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・眼窩内金属片 ・可動型義眼	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・人工内耳 ・中耳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・磁石式人工肛門 ・磁石埋込式差し歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
場合により 検査不可と なる項目	・人工心臓弁 ・大動脈ステント 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	手術年月日・材質 型番・製品名 等 (適合品に限り検査可)
	・脳動脈瘤クリップ または コイル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・血管や管腔臓器内の金属 (フィルター、ステント、コイル、動注ポートなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・人工関節 ・骨固定金属	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・消化器系手術、内視鏡検査によるクリップ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・避妊リング (古い金属製のもの)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・口腔インプラント ・ブリッジ ・義歯など	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	検査前に取り外し 可能な物は検査可
	・補聴器 ・針灸の置き針 ・義眼 ・義手 ・義足	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・ヘアピン等金属類(カツラ含む) ・貼り薬 (カイロ等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・外傷などによる材質不明の体内異物 等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	患者の同意の上 検査可
	・入れ墨 ・タトゥー(火傷 ・変色の恐れあり)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・アートメイク(アイライン ・眉毛 ・カラーコンタクト 等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	・1.5TMRI 対応心臓ペースメーカー (手帳必須)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	放射線科医 に要相談
・閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
・妊娠3ヶ月未満もしくは妊娠の可能性 最終月経(_____ 月 _____ 日～ _____ 日)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		

今までの手術歴	
----------------	--

※手術歴に関しては、体内金属の有無の参考とさせていただきます。

依頼元病院名 _____

問診医氏名 _____

印 _____