

MRI 検査説明書

○MRI 検査とは

- ・強い磁石と電磁波を用いて筒状のトンネルの中に入って検査を行います。当院の MRI 装置では映像を見ながら検査を行うことができますので狭いところが苦手な方でもリラックスして検査を受けることができます。
- ・検査中は工事現場のような大きい音がします。ヘッドフォンをして入っていただきます。
- ・検査にかかる時間は約30分です。
- ・検査中は、体を大きく動かすことはできません。
- ・体内に電子装置や特殊な金属類のある方は、問診によってMRI検査はできない場合があります。

○検査当日のお食事やお薬について

- ・腹部（肝臓、膵臓、胆のうなど）の検査の方は、検査時刻の約5時間前からお食事は取らないようにして下さい。前日夜からの絶食は必要ありません。
- ・骨盤部（膀胱、前立腺、子宮など）の検査の方は、検査前に排尿をしないで下さい。
- ・常用薬はいつも通りに服用してください。
- ・糖尿病の方は、当日のお食事・お薬については主治医にご相談ください。

○検査室に入る前の準備と注意点

- ・義手、義足、義眼などは、入室前に取り外していただきます。
- ・カラーコンタクトレンズ、は含まれている成分によっては発熱し眼球に損傷をきたす可能性があります。検査当日にはつけずに来院してください。
- ・刺青（タトゥー）やアイメイク（アイシャドー、マスカラなど）は検査中、熱感などを感じる場合があります。異常を感じたらブザーでお知らせ下さい。
- ・磁石を利用した義歯はMRI検査後に磁力が低下する場合があります。
- ・妊娠初期はMRI検査を受けないことが望ましいので、原則として妊娠初期（11週）までは検査をおこないません。予約時に主治医にご相談ください。
- ・以下のような金属類はMRI室に持ち込めません。壊れたり、使用できなくなったりする場合があります。更衣室にしまって下さい。

財布、時計、携帯電話、補聴器、磁気カード、小銭、安全ピン、 鍵、ライターなど

* その他取り外していただきたいもの

ヘアピン、 アクセサリー類、 はずせる入れ歯、 エレキバン、

メガネ、 かつら、 金属のついた下着、 湿布薬、

使い捨てカイロ、防寒下着（ヒートテック、ボディヒーター、あたたかインナー等）、など

◎検査前にブザーをお渡ししますので検査中に気分が悪くなったらブザーを握って下さい。

MRI 検査問診票・同意書

検査日時 年 月 日 時 分

体重 Kg

◎MRI 検査を安全に行うため次の質問にお答えください

*適切な電波を使用するため体重を教えてください

- ・過去に MRI 検査受けたことがありますか。 はい いいえ
- ・狭い場所で気分が悪くなったこと（閉所恐怖症）はありますか。 はい いいえ
- ・女性の方へお聞きします。現在、妊娠中またはその可能性はありますか。 はい いいえ
(妊娠 11 週以降ならば可能)

◎体内に以下のような金属がある場合は MRI 対応型であっても当院では検査できません。

- ・心臓ペースメーカー（埋込型除細動器含む） はい いいえ
- ・脳動脈クリップ（くも膜下出血の手術） はい いいえ
- ・人工内耳 はい いいえ
- ・神経刺激装置 はい いいえ
- ・圧可変式シャントバルブ（水頭症の治療） はい いいえ
- ・目など決定臓器に位置する強磁性体の破片 はい いいえ

◎体内に以下のような医療用の金属、機器、人工物がありますか。ありの場合は主治医または施行した施設にご確認いただいてから下記にチェックをお願いします。

- ・心臓や血管内の治療で埋め込んだ金属類、人工物がありますか
(リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルター、など) はい いいえ
- ・整形外科の手術で埋め込んだ金属類、人工物がありますか
(人工骨頭、人工関節、釘など) はい いいえ

※その他、手術歴や体内に金属類、人工物があればご記入ください

[]

* 病院側で記載。主治医、または施行した施設に確認したところ MRI 検査が 可能 不可 です

◎検査当日に確認を行います。以下の金属類や人工的なものを身に付けていれば、○で囲んでください

- 補聴器 ○義眼 ○義手 ○義足 ○入れ歯 ○歯列矯正器具
- カラーコンタクトレンズ ○ヘアピン ○かつら ○コルセット ○治療用の鍼(はり)
- 湿布 ○アクセサリ類 ○アイライン、マスカラなど ○ヒートテックなどの防寒下着

※その他身につけている金属類があれば取り外してください

入室前確認（技師： _____ ）

私はMRI 検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け納得しましたのでMRI 検査を受けることに同意します。

記入日 年 月 日

ご署名 _____ 代理人（続柄 _____）

依頼医師署名 _____