

受託MRI検査 説明書

◆ 検査説明

◇MRI（磁気共鳴画像）検査とは

MRI検査は、X線ではなく、強力な「磁場」と「電磁波」を使って体内を画像化します。撮影部位に関係なく全身に磁力がかかるため、MRI対応でない金属を身につけて検査する事は出来ません。***予約前に、次頁の「問診項目」を記入確認し同意書を取得して下さい。**

◇以下に該当する方はMRI検査できません。【絶対禁忌】

- ・体内に心臓ペースメーカーなど**生命維持のための埋め込み型電気電子機器を装着している方。**
- ・**脳動脈瘤クリップ/頸動脈クランプを装着しており、MRI対応であるとの確認がとれない方。**

◇検査のながれ

- 1) 金属をすべて外し、検査着に着替えてからトンネル型の装置に仰向けになって撮影します。
- 2) 検査時間は、約30分程です。軽く固定した状態で動かないでいただく必要があります。
- 3) 撮影中は、工事現場のような大きな音がしますのでヘッドホンをつけて聴覚を保護します。体が暖かく感じるがありますが、電磁波によるものです。ピリピリとした皮膚感覚を感じるがありますが、磁場の変動によるものです。いずれも通常心配ありませんが、検査中は**【緊急呼出しブザー】**をお渡ししますので、不快を感じたり具合が悪いときには握って知らせて下さい。

◆ 検査当日の注意事項

検査日時は、 年 月 日（ 曜日） 時 分です。

◇検査当日は、予約時間の**15分前**までに放射線科受付へお越しください。

遅れる場合は、放射線科MRI室 0266-23-8000（内線1119）まで必ずご連絡ください。

◇検査当日の食事について

＜腹部検査の方＞

食事はとらずにお越しください。水分は検査1時間前までにお取りください。（お薬は可）

＜その他の方＞

食事制限・水分制限はございません

◇MRI検査室は常に強い磁場が発生しています。□内のような故障、破損、動作不良、やけど等が起こる恐れがあるものについて取り外していただき、MRI検査専用の検査着に着替えてから検査を行います。

金属類	： 補聴器 、携帯電話、金属の付いた衣類や下着（チャック/ホック/ワイヤー） かつら/ウィック、入れ歯、コルセット、安全ピン、財布、ライター など
貴金属	： 腕時計 、ネックレス、ヘアピン、ピアス（ボディピアス）、指輪など
健康器具	： 使い捨て(貼る)カイロ 、エレキバン、置き針、パワーアンクル（足の重り）など
磁気カード	： キャッシュカード 、クレジットカード、診察券 など
化粧品類	： ラメ入りの化粧品 、 金属イオン類を含んだ化粧品 、UVケア用品 * アイシャドウ・マスカラなどは、 頭部検査で特に注意が必要です。
その他	： 保温/遠赤外線下着 、 矯正下着 、 湿布 、 (カラー)コンタクトレンズ など

※緊急検査等で、検査予約時間を超えてお待ちいただくことがあります。ご理解ご協力をお願い致します。

受託MRI検査 問診 同意書

◆ 問診項目 先生方へ：問診・同意書は、予約前に取得して下さい。予約時に内容をお尋ねする場合があります。

【最重要項目】 以下に該当する方は、検査を受けられません

1. 体内電気電子機器を埋め込んでいる いいえ / はい

心臓ペースメーカー/残留リード（心外膜リード）、除細動器、人工内耳/中耳、神経刺激電極、インスリン注入ポンプ など * 当院では、MRI対応品であっても検査を受けることはできません。

2. 脳動脈瘤クリップ、頸動脈クランプを使用している いいえ / はい

【重要】はいの方は、製品確認をして下さい * MRI非対応品は、検査を受けることができません。
MRI対応品：手術（ 年） 留置後のMRI検査歴 あり / なし

3. 金属製の義眼を使用している（磁力装着義眼） いいえ / はい

4. 妊娠13週以内、または妊娠の可能性がある（女性のみ） いいえ / はい

以下に該当する方は、検査を受けられないことがあります

5. その他の金属について

(1) 体内金属インプラントを使用している 部位（ ） いいえ / はい

人工心臓弁、人工血管（ステントグラフト）、胸骨ワイヤ、冠動脈ステント、下大静脈フィルター、脳動脈瘤コイル、脳室シャントバルブ/チューブ、内視鏡用止血マキョウクリップ、皮下用ポート、持続血糖モニター、磁石式人工肛門、人工関節/骨頭、整形用治療固定具〔髄内釘、アネル、CCS、ピン、プレート、ボルト、スクリュー〕、金糸（美容）、歯科矯正装置（マルチブラケット）、他（ ）

(2) 磁石で装着するタイプの義歯を使用している（磁性インプラント） いいえ / はい

(3) 入れ墨、タトゥー、永久アイラインが入っている（金属染料） いいえ / はい

(4) 体内残存金属がある（金属片など） 部位（ ） いいえ / はい

(5) 補聴器を使用している（外して検査可） いいえ / はい

(6) 貼り薬の使用がある（外して検査可） いいえ / はい

ニトダーム（心臓薬）、ニコチンパッチ（禁煙薬）、ルルパゾール（疼痛薬） * 金属支持体を使用されています。

6. 閉所恐怖症がある（狭いところが苦手） いいえ / はい

7. 検査の設定上必要ですので、現在の体重を記入してください【必須】 [kg]

MR 検査 同意書

岡谷市民病院院長殿

上記の通り説明と問診し、検査可能であることを確認しました。 年 月 日（同意書取得日）

説明医師署名 _____（自筆）

私はMRI検査を受けるにあたり、上記の説明と問診を受けました。

上記MRI検査を受けることを同意します。（同意した場合でも、いつでも撤回することができます。）

署名（本人） _____（自筆）
（未成年者又は患者自筆署名ができない場合は代理人署名が必要です）

代理人署名（ ） _____（自筆）

○ 記入して頂いた情報は、個人情報保護方針に基づき管理され安全な検査の目的のみに使用いたします。