

MRI検査を受けられる方へ

様

検査予定日 月 日 () 時 分

来院時間 時 分

《検査当日の注意》

検査予定時間30分前(造影検査の方は1時間前)までにお越しください。

- ◆ 腹部検査や造影検査の方は、午前の検査は朝食を、午後の検査は昼食を取らないでください。
- ◆ 水やお茶は制限ありません。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。
- ◆ 緊急の患者様を優先させていただく場合がありますのでご了承ください。

《検査のご案内》

- ◆ MRI検査は、磁石(磁場)の中で身体に電磁波をあて体内から得た情報をコンピューターで映像化します。無痛かつ安全な検査です。
- ◆ 強力な磁石を使用するため、**体内に金属がある方は検査が出来ないことがあります。**
別紙『MRI検査に関する説明書』をお読みになり、「問診票」に必要事項を記入の上、ご持参ください。
また造影検査の方は医師の診察を受け、説明を聞いてから同意書を記入していただきます。
- ◆ 費用は、3割負担の方で7千円程、造影検査の方は、1万1千円～1万5千円程になります。(概算)

※当日、急用などでキャンセルなされる場合は下記までご連絡をお願いします。

※ご来院されましたら診察券にて1階総合受付で手続きを行って下さい。

診察券と受付票とこちらの説明用紙を一緒に、2階外来(受付1・受付2)へお出してください。

平和病院MRI担当 TEL 045(571)5584

FAX 045(571)5585

* お問い合わせ対応可能時間: 平日9-16時、土9-12時

MRI検査に関する説明書

MRI検査とは？

MRIとは、磁気共鳴画像の略です。エックス線は使用せず、強い磁石と電磁波を使って体内の状態を断面像として描写する検査です。特に脳や脊椎、四肢、子宮・卵巣・前立腺といった骨盤内に生じた病変に関して優れた検査能力を持っています。

長いトンネルの中で、工事現場のような様々な機械音を出しながら断片的に撮影をおこないます。

正確な画像を得るために、出来るだけ体を動かさないようにしてください。

検査時間は撮影部位によって異なりますが、20～30分程度です。

MRI検査を受けるにあたって事前の注意事項

※心臓ペースメーカーを使用している方は検査を受けられません。

次のような方は検査前に必ずお知らせください。

- (1)脳動脈瘤手術・人工関節等体内に金属のある方(検査可能な場合があります)。
- (2)妊娠もしくは、可能性のある方。
- (3)閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方。
- (4)造影剤を使用する場合:気管支喘息(現在治療・服薬)や薬剤その他のアレルギーのある方。授乳中の方。
- (5)服用中のお薬については、医師からの指示がない限り通常どおり服用してください。

検査当日のお食事やお薬

前夜からの絶食は必要ありません。

- ◆腹部(肝臓・膵臓・胆のうなど)の検査の方は、検査の3時間前より絶飲食してください。
- ◆腹部以外の検査の方は、お食事の制限はありません。
- ◆常用薬はいつも通り服用・貼用してください。
- ◆骨盤部(泌尿器・婦人科)の検査の方は尿をためた状態で来院して下さい。

検査室に入る前の準備と注意点

◆次のような金属類は、更衣室のロッカーにしまってください。

- 時計、携帯電話、補聴器、磁気カード(駐車券、銀行カード、クレジットカード等)
*壊れたり、使用できなくなったりする場合があります。
- ヘアピン、アクセサリー(ネックレス、ピアス、指輪など)
- その他の金属を含むもの(はずせる入れ歯、エレキバン、使い捨てカイロ、眼鏡、かつら、金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど)

その他の注意点

- ◆以下のものは、含まれる成分によっては発熱し、眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります。
 - ・コンタクトレンズ
 - ・アイメイク(アイシャドー・マスカラなど)
 - ・刺青(イレズミ:背中、胸、まゆげ、まぶたなど)
- ☆検査中、熱感などの異常を感じたら**ブザー**でお知らせください。
- ◆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。

検査中の注意点

検査中は**ブザー**をお渡しします。気分が悪くなったときなどは**ブザー**を握ってお知らせください。

MRI検査後の注意事項

MRI検査後は特に制限はありません。普段通りの生活を送ってください。

MRI検査問診票・同意書

検査を安全にお受けいただくための質問です、該当する解答の□にチェックをして下さい。

1. MRI検査を受けるのは初めてですか いいえ はい
2. 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
- ☆ 心臓ペースメーカー(MRI対応を含めて)、埋め込み型除細動器:ICD いいえ はい
- ☆ 可変圧式バルブシャント(脳室シャント・V-Pシャント) いいえ はい
- ☆ 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置 いいえ はい
- ☆ 脊髄刺激装置、脊椎管内リード線 いいえ はい
- ☆ 脳動脈クリップ(クモ膜下出血の手術、MRI対応を含めて) いいえ はい
- ☆ 消化管出血の止血クリップ、マーキングクリップ いいえ はい
- ☆ 心臓や血管内の金属類、人工物
〈人工心臓弁、ステント、コイル、人工血管、フィルター、リード線など〉 いいえ はい
- ☆ 気管や食道、胆管などの金属ステント いいえ はい
- ☆ 脊椎固定具、人工関節、人工骨頭(整形外科手術) いいえ はい
- ☆ 体内に外傷による金属片(鉄片や銃弾破片など)があります いいえ はい

3. 以下の金属類や人工的なものを身につけていれば、○で囲んで下さい。

・義眼・義足・義手・ウイッグ・かつら・体内置き針・ネックレス・ピアス・指輪
・義歯(入れ歯・インプラント・磁石を利用した義歯)・歯列矯正器具
・補聴器・避妊リング・コルセット・コンタクトレンズ

※ 2～3以外の金属、機器、人工物があればご記入下さい。

4. 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか いいえ はい
5. 貼り薬(外すのに医師の指示が必要なもの)を貼っていますか いいえ はい
6. 刺青(タトゥー)をいれていますか いいえ はい
7. 閉所恐怖症ですか いいえ はい
8. MRIの検査中、動かないでいることは可能ですか(痛み・しびれ・咳等) いいえ はい
9. 現在の身長と体重を教えてください 身長 _____ cm 体重 _____ kg

同意書

私は「MRI検査に関する説明書」を読み及び医師からの説明を受け納得し、検査の必要性・安全性について理解しました。 はい いいえ

MRIの検査を受けることに同意します。

同意日 年 月 日

患者番号 患者署名 _____

代理人の署名 (続柄) _____

検査を受ける方が未成年の場合、及び付き添いが必要な方は、
御家族や代理人の方がご署名をお願いいたします。

医師確認事項(医師に再度確認し検査をするか指示を受ける) 確認医師名【 】