

MRI 検査を受けられる方へ

診療科： _____ ID： _____ 氏名： _____ 様 年齢 _____

検査予約日時 (緊急検査等で検査開始が多少遅れる場合があります。)

_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

左記予約日時の 30 分前までに
総合受付で受付を済ませてくだ
さい。その後は、案内致します。

- ・MRI 検査とは、強い磁石と電波を使って体の色々な断面の写真をつくり、体内を調べる検査です。
- ・狭いトンネルの中に入って検査をします。検査中は大きな音がしますが、心配いりません。
- ・この検査は予約制になっていますので、来院できない場合は必ずご連絡ください。

食事制限

[あり ・ なし]

水分制限

[あり ・ なし]

食事・水分制限ありの方は、**検査 5 時間前**よりお願いします。

MRI 検査禁忌

- ・ペースメーカー(非対応型)
- ・ICD :埋込型除細動器(非対応型)
- ・神経刺激装置
- ・人工内耳
- ・脳動脈クリップ (非対応型)
- ・消化管止血用クリップ (非対応型)
- ・妊娠初期(14 週未満)
- ・その他添付文書にて禁忌と記載のあるもの

持ち込み禁止物品

- ・磁気カード類 (キャッシュカード、プリペイドカードなど)、
- ・電子機器類 (補聴器、腕時計、携帯、電話、体温計、万歩計など)、
- ・装飾品類 (金属製の髪止め、ネックレス、ピアスなど)、
- ・貼り薬 (湿布、カイロ、エレキバンなど)
- ・ヒートテック素材の下着
- ・コンタクトレンズご使用の方は目に対する危険を回避するため、事前に外せる準備をお願いします。(ケースなど持参)
- ・化粧品の種類により金属の物質が含まれていることがあり、発熱する恐れがあることから化粧はなるべく避けて下さい。

MRI 検査問診票

診療科： ID： 氏名： 様 年齢

MRI 検査を安全に受けていただくために、下記の内容をご確認のうえお答え下さい。
場合によっては検査ができなくなることがあります。

MRI 検査禁忌

- ・ペースメーカー(非対応型)
- ・ICD :埋込型除細動器(非対応型)
- ・神経刺激装置
- ・人工内耳
- ・脳動脈クリップ (非対応型)
- ・消化管止血用クリップ (非対応型)
- ・妊娠初期(14 週未満)
- ・その他添付文書にて禁忌と記載のあるもの

体内・体外金属および確認事項リスト (医師又は看護師で記入をお願いします)

- ・MRI 対応型ペースメーカー [あり ・ なし]
(埋め込め後 6 週間経過していますか はい ・ いいえ)
- ・MRI 対応型脳動脈クリップ [あり ・ なし]
- ・消化管止血用クリップ [あり ・ なし]
(体外排出確認していますか はい ・ いいえ)
- ・ステント・コイル・フィルタ [あり ・ なし]
- ・人工弁・人工骨頭・人工関節 [あり ・ なし]
- ・義眼・入れ歯(マグネット式)・インプラント [あり ・ なし]
- ・刺青・美容刺青 [あり ・ なし]
- ・外傷による鉄粉(弾丸、鉄片) [あり ・ なし]
- ・避妊リング・授乳の有無 (女性のみ) [あり ・ なし]
- ・妊娠および妊娠の可能性の有無 (女性のみ) [あり ・ なし]

持ち込み禁止物品

- ・磁気カード類 (キャッシュカード、プリペイドカードなど)
- ・電子機器類 (補聴器、腕時計、携帯、電話、体温計、万歩計など)
- ・装飾品類 (金属製の髪止め、ネックレス、ピアスなど)
- ・貼り薬 (湿布、カイロ、エレキバンなど)
- ・ヒートテック素材の下着
- ・コンタクトレンズご使用の方は目に対する危険を回避するため、
事前に外せる準備をお願いします。(ケースなど持参)
- ・化粧品の種類により金属の物質が含まれていることがあり、発熱する恐れがあることから
化粧はなるべく避けて下さい。

*ご不明な点は医師または看護師にお尋ねください

MRI 対応型ペースメーカーを入られている方へ

当院で MRI 検査が可能なペースメーカーかを確認をさせていただきたいと思います。

よって、予約前に一度当院（放射線科）へお越しいただき確認させて下さい。

確認ができ次第、そこで検査予約の確定をしたいと思います。

診察日、検査日ともに必ずペースメーカー手帳をお持ちください。