

## 単純 MRI 検査を受けられる方に

### 検査日時

- ◆予約時間の 30 分前に受付をしてこの用紙をお出してください。

MRI 検査とは強い磁石と電磁波を用いて撮像する検査です。大きなトンネルの中に入ります。撮像中は工事現場のような大きな音がします。検査にかかる時間は約 40 分です。

### 検査部位

- 頭部 頸部 腹部 その他 ( )
- 頸椎 腰椎

### 食事・水分摂取・薬について…

- ◆腹部以外の検査のかたは、お食事・水分の制限はありません。
- ◆腹部（肝臓・膵臓・胆のうなど）の検査のかたは、検査の 3 時間前より絶飲食してください。
- ◆常用薬はいつも通り服薬してください。

### 検査室に入る前に…

- ◆更衣室で検査着に更衣をします。
- ◆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、財布（磁気カード）\*壊れたり、使用できなくなります。
  - ・ヘアピン、アクセサリ（ネックレス、ピアス、指輪など）
  - ・その他金属を含むもの（はずせる入れ歯、エレキバン、使い捨てカイロ、めがね、かつら、金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど）
- ◆義肢（義足、義手）、コルセット、義眼などは、検査直前にはずしていただきます。

### 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する可能性があります。検査当日はつけずに来院してください。
  - ・カラーコンタクトレンズ・ヒートテック衣類
  - ・アイメイク（アイシャドー、マスカラなど）
  - ・刺青：検査中、熱感などの異常を感じられたらブザーでお知らせください。
  - ・歯科矯正中の方、インプラントの方は、かかりつけの歯科の先生に確認してください。

### 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 問診票

I D.

患者氏名

検査日

MRI を安全に行うために、以下の質問にお答えください。

## 1) 体内に以下のような医療による金属類、機械、人工的なものがありますか

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
脳動脈瘤クリップ（くも膜下出血の手術）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（手術 年頃）
心臓や血管内の金属類、人工物、人工心臓弁 （リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
圧可変式バルブシャント（脳室シャント・水頭症の手術）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（手術 年頃）
人工骨頭、人工関節、釘など（整形外科の手術）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい（手術 年頃）
胆管、食道、気管などの金属ステント、クリップ（胃・大腸）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい

## 2) 体内外傷による金属片（銃弾破片や鉄片など）がありますか

いいえ はい

## 3) 以下の「金属類や人工的なもの」を身に付けていれば、□にチェックしてください

- 補聴器 義眼 義足 義手 磁石を利用した義歯（入れ歯）・インプラント  
歯列矯正器具 コルセット 鍼（はり）の治療針

◆上記1)～3)以外に手術歴や何か金属類、機械、人工的なもの、気になるものがあればご記入ください  
( )

4) 刺青（イレズミ）をしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
5) カラーコンタクトレンズをしていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
6) 貼り薬を貼っていますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
7) 妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか（女性のみ）	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> わからない
8) 閉所恐怖症ですか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい
9) 今までにMRI検査を受けたことがありますか	<input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい( 年)

## 10) 腹部MRI検査をする方で、以下の疾患があれば□にチェックしてください

- 緑内障 前立腺肥大症 甲状腺機能亢進症 慢性腎不全 透析中  
潰瘍性大腸炎 麻痺性イレウス 心臓病 不整脈 頻脈 ブスコパン過敏症

## 11) 飲み薬・注射薬に対するアレルギーや副作用がありますか

ある場合（薬剤名） いいえ はい

問診看護師

医師確認

20 年 月 日 患者署名 記入者]本人・代理人

◆入室前チェック◆ ヘアピン かつら ピアス ネックレス 指輪 時計 めがね 湿布  
カイロ 補聴器 吸収発熱衣類（ヒートテック） 貼り薬（ニトログリセリン真皮浸透絆創膏）

医療法人 和陽会 まび記念病院

単純 MRI②→放射線部保管