

# MR I 検査についての説明書

患者名 \_\_\_\_\_ 様のMR I 検査について、次の通り説明します。

## 1. 検査日

検査日時		
------	--	--

## 2. MR I (磁気共鳴画像) 検査

MR I 検査は強力な磁石と電磁波を使用し撮影を行う検査です。そのため、体内に、心臓のペースメーカー、人工弁、脳動脈瘤クリップ、その他の手術歴、刺青(色素に鉄などの金属成分が含まれており、変色や、やけどの可能性がありますが)などがある場合は、誤作動やMR I 画像に影響が起こり、撮影ができませんので主治医にお知らせください。

## 3. 検査の手順

- 1) 検査前の準備がありますので、予約時間の 30 分前には1階総合受付へお越し下さい。
- 2) 検査開始前には検査衣に着替えて頂きますので、なるべく着脱の容易な服装でお越しください。
- 3) 検査は狭いトンネルのような中で行いますが、苦痛や危険はありません。また、検査中に様々な音がしますが、故障ではありませんのでご安心ください。音に関してはヘッドホン、または耳栓をして対応します。
- 4) 検査室に入りましたら検査部位に応じた準備を行います。その後は動くことができなくなりますので、寝心地に違和感がありましたら準備中にお知らせください。
- 5) 検査中に不用意に動き、離れていた上肢や下肢が触れ合うと、稀に熱傷を引き起こすことがありますので、どうしても動かしたい場合はブザーでお知らせください。
- 6) 検査にかかる時間は検査内容によって異なりますので、スタッフにお尋ねください。

## 4. 注意事項

- 1) 食事の制限はありません。
- 2) 水や常用薬も普段通りに飲んでかまいません。
- 3) 体内金属以外で金属のついている下着、防寒下着(ヒートテック製等)、装飾品、装身具等は全て外して頂きます。また、入れ墨や化粧品にも金属が含まれる場合がありますので申し出てください。(下記参照)

これらは検査室内に持ち込めません。

- 装身具 (ヘアピン・ネックレス・イヤリング・指輪・ブラジャー・カラーコンタクト・かつら等)
- 眼鏡 ●入れ歯 (※) ●義足・義手 ●補聴器 ●磁性治療品 (エレキバン等)
- 時計 ●携帯電話 ●カード類 ●使い捨てカイロ ●湿布薬 ●鍼灸の針 ●駐車券

※磁石式の入れ歯も、検査時には必ず外してください。ただし、土台のキーパーは残りますので、吸着力の低下、脱落の可能性があります。

## 5. 検査の予約や中止について

- 1) MRI 検査は予約制で行っております。予約時間に遅れて来られますと検査が行えない場合があります。また、他の予約の患者様にご迷惑となりますのでご注意ください。
- 2) 前の患者様の検査内容により、検査開始時間が遅くなる場合がありますので、予めご了承ください。
- 3) 検査当日やむを得ない理由で来院できない場合は、受診科外来へキャンセルの連絡をしてください。
- 4) 問診票で『有』がある方は、検査が行えない場合があります。検査の予約時に申し出てください。検査時に『有』が分かった場合は、検査を中止する場合があります。

◇ 問診票をご確認のうえ、ご記入・ご署名がないと検査は行えませんのでご注意ください。

説明日時 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

ご不明な点やご心配なことがありましたら、主治医、検査担当医、放射線技師等にお申し出ください。

連絡先 医療機関 \_\_\_\_\_

説明医師 \_\_\_\_\_

検査日時		
------	--	--

## MR I 検査に関する問診票

◎MRI 検査を安全に行うために、以下についてチェックしてください。

金属製医療器具 (心臓ペースメーカー・植え込み型除細動器・人工関節・血管内ステント・塞栓コイル・インプラント・人工内耳・脳動脈瘤クリップ・その他： ) があります	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
処置および術後管理医療器具 (イレウス管チューブ・J-VAC サクションリザーバー・他： ) があります	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
体内金属 (体内残留の銃弾・金属片・他： ) があります	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
刺青・アートメイク・ボディーピアスがあります	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
入れ歯を使用しています ※磁石式の入れ歯について：検査時は外していただきますが、土台のキーパーは残りますので、吸着力の低下、脱落の可能性があります	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
矯正中の歯があります	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
カラーコンタクト (ディファイン含む) を使用しています	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
補聴器を使用しています	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
義眼・義手・義足を使用しています	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
閉所・暗所恐怖症です	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
妊娠 (12 週以内) の可能性があります。	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

記入日： 年 月 日 時

患者署名 \_\_\_\_\_

代諾者署名 \_\_\_\_\_ (続柄 )

(患者が未成年、署名が困難な場合、理解を得ることができない場合は代諾者が署名する)

MRI 検査の説明が行われ、上記問診票から検査に支障がないことを確認しました。

確認日： 年 月 日 時

確認者 (署名) \_\_\_\_\_ (職種 ) \_\_\_\_\_