

MRI検査をうけられる方へ

MRIとは、磁気共鳴画像(法)の意味で、強い磁石と電波を使用し体の断面を撮影する検査です。MRIはCTと異なり放射線を用いないので放射線ひばくがなく、あらゆる方向の断面を撮影することが出来ます。MRI検査は大きな磁石に入り検査を行いますので、検査中少し音(コン・コン・コン)がしますが我慢してください。MRI室内は、磁力により金属がMRI装置に急激に引き込まれ金属類が飛ぶ可能性があり、大変危険です。患者さん本人に当たって怪我をしたり強い磁場の為に火傷を負ったり、機器を破損するおそれがありますので、安全に検査を行う為に下記の物を絶対に検査室内に持ち込まないで下さい。

○次のようなものは、身につけないようにして下さい。

1. 時計、補聴器、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)、携帯電話。
※これらを誤って身に付けたまま検査をうけますと強い磁場のために使用不能となります。
ご注意ください。
 2. ヘヤピン、アクセサリ(イヤリング・ネックレス・ブレスレット・ネクタイピン・指輪・ベルト等)眼鏡等
 3. その他の金属物(エレキバン・金属のついた下着・はずせる入れ歯・使い捨てカイロ・ライター・かつら・小銭・鍵など)
- 検査前に検査着に着替えて頂きます。
着替えに困難な方、小児は金属製のボタン・ファスナーの無い服装でお越し下さい。
- 整髪料、アイシャドー、マスカラ、アイライン、入れ墨などは成分により発熱や画像に影響をおよぼす可能性があります。検査前にアイシャドー、マスカラ、アイラインは落として下さい。
(入れ墨のある方は、検査前にご相談下さい。)

万が一、上記の物を持ち込み、使用不能となりましても、一切の責任を負いかねますのでよろしくお願いします。尚、上記の物を持ってこられた方は、MRI室内の更衣場所においてお預かりしますが、貴重品は出来るだけ持参しないで下さい。尚、何かご不明な点がございましたら、担当医または診療放射線技師にお申し出下さい。

○腹部の検査時や造影剤を使う検査では、絶飲食の必要があります。

様

MRI検査予約日時

検査は

月 日 ()

午前・午後 時 分です。

絶食の必要がありません。
絶食の必要があります。
【検査当日は(朝食・昼食)を抜いて下さい。】
常用食はいつも通り服用して下さい。
(糖尿病の方は主治医に従って下さい。)

I D: _____ (受診歴有の方)

氏名: _____

MR I 問診票

MR I 検査は、大きな磁場内に身体を入れ、身体各部の断層像をみるものです。
通常のX線検査とは異なりますので、検査にあたり下記の間診にお答えください。
(「はい」か「いいえ」に○印を入れてください)

*本人が記入できない場合は、付き添いの方に記入してもらってください。

1. 今までにMR I 検査を受けられたことがありますか。……………はい ・ いいえ
(はい) と答えられた方：それはいつですか。 ()
MR I 検査時、具合が悪くなったことがありますか。……………はい ・ いいえ
2. 心臓ペースメーカーを使用していますか。……………はい ・ いいえ
3. 人工内耳や補聴器を使用していますか。……………はい ・ いいえ
4. 今までに手術をしたことがありますか。……………はい ・ いいえ
(はい) と答えられた方は具体的に ()
5. 身体の中に手術等により金属が入っているといわれたことがありますか。はい ・ いいえ
(はい) と答えられた方：それはいつですか。 ()
どんな金属がはいっていますか。 ○で囲んでください。

脳動脈瘤クリップ・人工心臓弁・VPシャント・人工骨頭・髄内釘

人工関節・金属プレート・手術クリップ・ワイヤー・ステント

塞栓用コイル・避妊リング・その他 ()

6. 身体の中に手術以外により金属が入っていますか。……………はい ・ いいえ
7. 取り外し出来る義歯を使用されていますか。……………はい ・ いいえ
8. 義眼を使用されていますか。……………はい ・ いいえ
9. コンタクトレンズを使用されていますか。……………はい ・ いいえ
10. 眼の中・身体の中に仕事・事故等により金属が入った経験がありますか。…はい ・ いいえ
11. 身体に貼り薬(エレキバン・心臓の薬など)を貼っていますか。……………はい ・ いいえ
12. 女性の方へ、現在妊娠している可能性はありますか。……………はい ・ いいえ
13. 閉所恐怖症ですか。……………はい ・ いいえ
14. 心臓の病気〔狭心症・不整脈など〕があるとされた事がありますか。……………はい ・ いいえ
15. てんかんの発作を起こしたことがありますか。……………はい ・ いいえ
16. 今までに薬物過敏症と言われたことがありますか。……………はい ・ いいえ
17. 現在、気管支喘息でお医者さんにかかっていますか。……………はい ・ いいえ
18. 発疹・蕁麻疹・喘息などのアレルギーを起こしやすい体質ですか。……………はい ・ いいえ
19. ヘモクロマトーシス鉄過敏症と言われた事がありますか。……………はい ・ いいえ
20. 刺青(入れずみ)をしていますか。……………はい ・ いいえ
21. 下記の病気で今までにかかったことがあるものを○で囲んでください。

(緑内障・糖尿病・前立腺肥大)

身長と体重を記入してください。

身長 () cm 体重 () kg

記入日 (西暦 年 月 日) 署名 ()