

MRI を受けられる方へ

MRI 検査において重要な説明です。内容をご理解いただきますようお願いいたします。
ご不明な点がございましたら、島の病院おおたに検査科へお問い合わせください。

MRI 検査は強力な磁場と電波を利用して身体のいろいろな方向の断面を観察することが可能な検査です。比較的大きな音がしますが撮影中に必要なものなのでご了承ください。
また、MRI は大変動きに弱い検査ですので検査中は身体を動かさないようお願いします。
検査時間はおよそ 30 分です。

[MRI 検査の注意事項]

MRI 検査は常に強い磁場が発生しています。以下の項目に該当する方は検査が受けられない場合がありますので、担当医または検査担当者にあらかじめご相談ください。

禁忌 検査できません	ペースメーカー、除細動器、人口内耳 など
検査ができない場合があります	脳動脈クリップ、心臓の人工弁、ステント 人工関節、プレート、体内異物（鉄片）など

・目の治療経験のある方で治療内容により MRI 検査が受けられない場合があります。
治療内容を教えてください。

・義眼を使用されている方は検査時にはずしていただく場合があります。また、義眼に金属関係を使用されている場合は治療（手術）内容を確認し、治療内容がはっきりしない場合は、治療を施行された機関へ確認をお願いします。

・金属加工（鉄工所等）関係の作業で目に金属片が入ったままの場合、MRI 検査を行うと目に重篤な障害が起こります。また、金属片が目に入っている場合、まれに無症状のこともあります。金属片が目に入っている可能性がある場合は、金属片の有無を確認する検査を行う必要があります。

・カラーコンタクトレンズは材質に金属が使われている場合があります、つけたまま MRI 検査を行うと目に障害が起こる可能性があります。検査前にはずしていただくようお願いします。

MRI 問診票

検査日 平成 年 月 日

ID		身長 c m	体重 kg
氏名	ふりがな	男 ・ 女	生年月日
			昭・平 年 月 日

1. MRI 検査を受けるのは初めてですか はい ・ いいえ

2. 今までに手術を受けたことがありますか はい ・ いいえ

「はい」の方へ、次の物が体内へ入っていますか

- ・ 心臓ペースメーカー
- ・ 心臓人工弁
- ・ 脳内動脈瘤クリップ
- ・ 人工関節→部位名 ()
- ・ クリップ・ステント・シャントチューブ等
- ・ 人口内耳・人口耳小骨
- ・ 義眼・眼窩内金属
- ・ その他→手術名 ()

3. 入れ歯、補聴器をしていますか はい ・ いいえ

4. 義眼、義肢をしていますか はい ・ いいえ

5. カラーコンタクトをしていますか はい ・ いいえ

6. 入れ墨やアートメイクはありますか はい ・ いいえ

7. 狭いところが苦手と感じたことはありますか はい ・ いいえ

8. 身体を 30 分程度、静止することは可能ですか はい ・ いいえ

9. 金属加工（鉄工所等）関係の作業につかれたことはありますか はい ・ いいえ

※「はい」の方へ

金属片が眼に入っている可能性、またはその心配がありますか

はい ・ いいえ

10. 別紙「MRI 検査を受けられる方へ」を読んでいただけましたか はい ・ いいえ

※女性の方に質問です。

11. 現在、妊娠中または妊娠している可能性はありますか はい ・ いいえ

医師記入欄

体内金属がある場合、MRI 撮影が可能である	はい ・ いいえ
問診の結果、MRI 撮影が可能である	はい ・ いいえ
医師署名： _____	

島の病院おおたに 検査申し込み用紙 FAX (0823) 45-0310

島の病院 おおたに 宛て

平成 年 月 日

〒737-2301

広島県江田島市能美町中町4711

TEL 0823-45-0303

FAX 0823-45-0310

紹介医療機関名称・所在地・紹介医師名・電話 & FAX 番号

必ず、FAX 番号の記載をお願いします。

★当院診察券をお持ちでない方は
カルテ作成のために保険証情報を
下記空白欄に記載をお願いします。

患 者 情 報	フリガナ 氏 名					様
	島の病院 おおたに 診察券番号					
	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	男・女			
	郵便番号	〒 ー				
	現住所					
	電 話					
検 査 項 目	生理検査	心臓超音波（月曜日午前のみ）				
	内視鏡検査	上部消化管内視鏡検査（月曜日午前）				
		大腸内視鏡検査（月曜日午前来院、午後検査）				
	画像診断 （放射線科）	C T <単純のみ>				
		M R I <単純のみ> 問診票を一緒に送付お願いします				
マンモグラフィー 診察の予約となります						

注：内視鏡検査のうち、大腸については紹介元より処方される下剤の服用が必要となります。

CT・MRI検査は、単純のみとなります。

CT検査は心臓ペースメーカーのある方は胸部CTの検査が行えませんのでご了承下さい。

MRI検査は心臓ペースメーカー、脳動脈瘤クリップ、冠動脈バイパスクリップなどのある方は検査が行えませんのでご了承下さい。

【診療情報提供内容】

*病名もしくは、疑い病名（詳細は別途紹介状の添付をお願いします。）

【時間帯 A:9:00-10:30 B:10:30-12:00 C:14:00-16:00】

希望日時	①	月	日	A・B・C
	②	月	日	A・B・C
決定日時	月	日	時	分 ⇒紹介もとへ返事（未・済）

【CT・MRIの報告様式の希望】

放射線科所見（必要・不要） / CD-R（必要・不必要）

結果返送は翌日郵送（日祝日は翌々日）になります。