

MRI検査を受けられる患者様へ

1/2 枚目

必ず、下記の注意事項をお読みになり、ご理解の上、裏面の問診表にご記入後、忘れずにご持参ください。また、ご確認やご申告、ご同意の無い場合は、責任を負いかねますので、ご協力お願いいたします。

この検査は、強力な磁石と電波(電磁波)を使って体の断面を撮影し、体の痛みや病気の原因を探る、非常に大切な検査です。検査中は機械から非常に大きな音(工事現場やコンサート会場のような大きな音)が発生します。また、電子機器や金属などが、検査に悪影響を及ぼしたり、事故につながったりする可能性がありますので、以下の事項にご注意ください。

1. 心臓ペースメーカー、埋め込み式除細動器、人工内耳、神経刺激装置など、体内に電子機器や部品のある患者様は検査ができません。

※ 設定が変わったり、壊れたりしてしまいますので、大変危険です。

2. 一部の脳動脈クリップ、ステント、人工弁、シャントなどは、検査ができない場合があります。

※ 金属が動いたり、場合によっては外れたりする可能性があります。

3. 刺青(眉、アートメイクを含む)のある患者様は、原則検査ができません。

※ やけどや発赤、変色の可能性があります。

4. 妊娠の可能性がある患者様は、原則検査ができません。

※ 妊娠に関する安全性が確認されていません。

5. 心臓病、痛み止めの貼り薬などはやけどや発赤の原因になりますので、検査時に外して頂きます。

6. 磁石式の入歯や義眼は接着しなくなります。磁石式のものをお使いの場合は必ずご申告ください。

7. 化粧品は、やけどの危険性があります。化粧をせず来院頂くか、検査前に落としていただきます。

※ マスカラ、アイシャドーなどは、特に危険です。

8. 磁気カードを誤って検査室に持ち込むと、カードが使えなくなります。

9. 保温機能付き衣類(ヒートテックなど)は、発熱の危険性があります。

10. カラーコンタクトは、眼球に影響を与える場合がありますので使用しないか、または検査時に外して頂きます。

以下のものは、身に付けずにご来院頂くか、または、検査前に外して頂きます。

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ・ マスカラ・つけまつげ・アイシャドー・ウィッグ・ネイルアート | など 化粧品全般 |
| ・ ヘアピン・ネックレス・ピアス・腕時計 | など 貴金属類 |
| ・ エレキバン・湿布・カイロ・ニトロダーム・ノルスパンテープ | など 貼っているもの |
| ・ 磁気カード・磁気バンド | など 磁気のあるもの |
| ・ ホックやファスナーのついた衣類・保温機能衣類(ヒートテック等) | など 衣類 |

※特に、化粧は検査前に落として頂きますので、化粧をして来院される方は、クレンジングなど、ご自分の化粧道具をお持ち下さい。

ID:

ｶﾅ:

様
年 月 日 生

性別:

MRI検査 問診書

2/2 枚目

この用紙はご記入の上、

予約表と一緒に放射線科受付(⑩窓口)へお出してください。

●心臓ペースメーカー、除細動器、人工内耳が入っている方は検査ができません●

・今までMRIの検査をしたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

・ペースメーカー、除細動器、人工内耳が体内にありますか。 (はい ・ いいえ)

・脳動脈クリップ、シャント、人工弁の手術をしたことがありますか。 (はい ・ いいえ)

・上記以外に手術をしたことがありますか。(ステントなども含む) (はい ・ いいえ)

※ いつ、どんな手術ですか。 (

・外傷や業務(金属加工など)などで、体内に金属が入っていますか。 (はい ・ いいえ)

※ いつ、どんな金属ですか。 (

・いれずみやアートメイク(眉など)はありますか。 (はい ・ いいえ)

※ 『はい』の方は、やけどや変色を起こす可能性があります、

検査することに同意されますか。 (はい ・ いいえ)

・閉所恐怖症ですか。または、狭いところが苦手ですか。 (はい ・ いいえ)

・現在、妊娠の可能性がありますか。 (はい ・ いいえ)

※ 『はい』の方は、胎児への安全性が確認されていません、

検査することに同意されますか。 (はい ・ いいえ)

・義肢、義足、義眼がありますか。 (はい ・ いいえ)

・現在の身長・体重はおおよそどのくらいですか。 約 (cm kg)

■ 以下に該当する場合は、検査直前にはずしていただきます。(当日記入欄)

・入れ歯をしていますか。 (はい ・ いいえ)

・補聴器や腕時計をしていますか。 (はい ・ いいえ)

・心臓病等の貼り薬、カイロ、エレキバン、湿布を貼っていますか。 (はい ・ いいえ)

・貴金属を身につけていますか。 (はい ・ いいえ)

・カラーコンタクトをしていますか。 (はい ・ いいえ)

・化粧やネイルアートをしていますか。 (はい ・ いいえ)

※ 『はい』の方は、やけどを起こす可能性があります、

検査することに同意されますか。 (はい ・ いいえ)

我汝会えにわ病院 院長殿
MRI検査の説明を理解し、その実施に同意します。

平成 年 月 日

氏 名 (本人・代理人：続柄)

- ・原則として患者様ご本人の同意が必要です。
- ・患者様ご自身の同意が困難な場合(未成年者・意識不明・判断力がないなど)には代理の方にご同意をお願いします。