

**MR I 検査をお受けになる方へ****（検査予定時間の30～40分前には 1階総合受付窓口へお越しください）****MR I（単純撮影）検査説明書****\*検査前の注意事項ですので、必ずお読みいただき、裏面の同意書に署名をお願いいたします。**

- ① 磁石(じしゃく)に反応する金属は、発熱してやけどする危険性があります。
- ② 体内に金属が入っている方は、必ず主治医に相談された上、検査をお受けください。
- ③ 磁性式入れ歯、インプラントを使用されている方は、事前に歯科医にご相談ください。
- ④ インプラント義歯使用の方は、インプラント義歯であると確認できるカードをお持ちください。
- ⑤ 入れ歯、指輪、ネックレス等のアクセサリは、検査前に必ず外してください。
- ⑥ 刺青（いれずみ）、アートメイクなどはやけどをしたり、変色したりすることがあります。
- ⑦ 化粧品の中には金属を含んでいるものがあるため、アイシャドーやマニキュア、ネイルアートなどはなさらずにご来院ください。
- ⑧ コンタクトレンズを使用されている方は、検査前に外していただきますので、ケースまたは替えをご用意ください。
- ⑨ 妊娠中の方は、必ず事前に主治医にご相談ください。
- ⑩ その他、以下のものも検査室内に持込めませんので、ご了承ください。
  - ・時計 ・メガネ ・ヘアピン ・鍵 ・補聴器 ・カイロ ・エレキバン
  - ・かつら ・入れ歯 ・財布 ・磁気カード 等

現在の体重は（ ）kg ・ 腹囲は（ ）cm（分かる範囲でお答え下さい）

**\*（注意）腹囲が110cm以上の場合、検査をお受けできないことがあります。****MR I 問診票****\*検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答えください**

（検査当日の状況をご記入ください）。

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、植え込み型徐細動器	いいえ	はい	
心臓や血管内の金属類、人工物 （リード線、コイル、ステント、人工血管、フィルターなど）	いいえ	はい	
人工心臓弁	いいえ	はい	（手術 年）
脳動脈瘤クリップ（くも膜下出血の手術）	いいえ	はい	（手術 年）
人工骨頭、人工関節、釘など（整形外科の手術）	いいえ	はい	（部位 ）
加圧変式バルブシャント（脳内シャント：水頭症の手術）	いいえ	はい	
胆管、食道、気管などの金属ステント	いいえ	はい	
磁性式入れ歯、インプラントを使用されている	いいえ	はい	
2. 体内に外傷による金属片（鉄片や銃弾破片など）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、○で囲んでください。  
補聴器、義眼、義足、義手、磁石を利用した義歯（入れ歯）、歯列矯正器具  
コルセット、鍼（はり）治療の針  
☆上記1～3以外に何か金属類、機械、人工的なものがあればご記入ください（ ）
4. 刺青（いれずみ）をしていますか いいえ はい（部位 ）
5. コンタクトレンズを使用していますか いいえ はい
6. 貼り薬をはっていますか いいえ はい
7. 閉所恐怖症ですか いいえ はい
8. 今までにMRI 検査を受けたことがありますか いいえ はい（ 年）
9. 造影剤で副作用が出たことがありますか いいえ はい
10. 造影剤で副作用が出たことがある方はいつ、どのような副作用が出ましたか  
（ 年 ）
11. ぜんそくと言われたことがありますか、または今、通院中ですか いいえ はい
12. アレルギー体質ですか いいえ はい（ ）
13. 腎臓病を医師から指摘されたことがありますか、または今、通院中ですか  
いいえ はい（病名 ）
14. 女性のみ：妊娠あるいは妊娠の可能性がありますか いいえ はい

# MRI検査同意書

患者氏名： _____ 相模野病院ID： _____	検査日時	年 月 日（曜日） 時 分
-------------------------------	------	---------------

・検査予定時間の **30～40分前** までに1階総合受付窓口にお越しください。

・腹部の検査の方は、食事制限があります。

午前の検査の方は、検査当日の 朝 食 はとらずにご来院ください。

午後の検査の方は、検査当日の 朝 食 は軽く食事をしていただいてもかまいませんが  
昼 食 はとらずにご来院ください。

・胸部やその他の検査の方は、食事 制限は特にありません。

・お薬は少量の水で服用していただいてもかまいません。

JCHO相模野病院長 殿

私は標記の説明・問診内容を充分理解し、上記検査を受けることに同意します。

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

親族または理解補助者氏名 \_\_\_\_\_

(本人との関係) \_\_\_\_\_

本人が未成年または理解不能な場合、親族または理解補助者氏名を埋めてください。

※自筆氏名。ゴム印等を用いて記名する場合のみ印を加える。

ご不明の点がございましたら、事前に地域連携室までお問い合わせください。

地域連携部責任者 医師 吉田宗紀

相模野病院 TEL：042-752-2025