

他院より MRI 検査を受けられる方へ

＜この用紙は検査当日にご持参ください＞

お名前 _____ 様

患者 I D _____ 生年月日 _____

予約日時	月 日 時 分
受付	検査 15 分前 (時 分) までに直接、中央放射線室 X 線受付へお越しください
場所	*「この用紙」と「MRI 検査の問診票・同意書」を提出してください

(検査時間は _____ からです)

以下についてご協力お願い致します。

1. 検査は 30 分～1 時間で終了しますが、緊急検査または検査の内容により開始および終了は予定時刻よりも多少前後する場合がありますので、あらかじめご了承ください。
2. MR I 検査は、強力な磁場のもとで検査を行うため必ず体内金属の確認が必要です。場合によっては、検査ができないことがあります。
紹介元の主治医による問診を必ず受けて、「MR I 検査の問診票・同意書」に記入・署名してください。
3. 検査前の食事・水分・薬について、以下、主治医の指示通りです。

1) 検査前には、食事や水分の制限が < あります・ありません >

2) 食事、水分制限がある場合

・食事：< _____ 時 _____ 分 > から絶食です

・水分（水・お茶）：< _____ 時 _____ 分 > 以降は飲まないでください

3) 検査当日の糖尿病治療薬について制限が < あります・ありません >

・糖尿病薬の服用：飲む・飲まない

・インスリン注射：する・しない

4) 上記以外のお薬はいつも通り内服してください

4. 磁力を利用する検査ですので、あらかじめ以下の金属類は外してください。

義歯（取り外しの出来るもの）、ヘアピン、エレキバン、カイロ、湿布、時計
アクセサリ、カラーコンタクトレンズ、ジェル・マグネットネイル
ヒートテック等の吸湿発熱保温素材や金属類のついた服・下着、その他金属類

*化粧（特にアイシャドー・マスカラ）は検査の支障になることがありますので、検査前に落としていただくことがあります。

*カラーコンタクトレンズはあらかじめ外していただくかコンタクトケースをご持参下さい。

*入れ墨は、やけどの原因になることがありますので、あらかじめお知らせください。

*検査前に検査衣に着替えて頂くことがあります。金属探知機で確認をします。

5. 検査終了後に画像データ CD をお渡ししますので、紹介元の医院へお渡しください。
(CD 作成に 20 分程度かかりますのお待ち下さい)

6. 鳥取県立厚生病院での会計は必要ありません。

※都合により検査を中止・変更される場合は、紹介元医療機関にご相談お願いします。
連絡がとれない場合は下記に連絡して下さい。

鳥取県立厚生病院 TEL 0858-22-8181 患者支援・地域連携センター

MR I 検査の問診票・同意書

MR I 検査は、強力な磁石と電磁波を用いて断層画像を撮影する検査です。
強い磁場を有する狭いトンネル状の装置に入ります。放射線被ばくはありません。
検査中、機械から大きな音がします。ヘッドフォンまたは耳栓をご用意しています。

体内または体表の電子機器や金属によって検査に支障をきたす場合があります。MR I 検査を安全に受けて頂くため、下記の事項に対して「□ある・ない」にチェックをしてください。

1. 以下の体内の金属について

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|
| 心臓ペースメーカー、植え込み式除細動器 | ☐ ある | ☐ ない(留置時期:) |
| 脳動脈瘤クリップ、その他頭蓋内インプラント | ☐ ある | ☐ ない(留置時期:) |
| 可変圧式脳室シャント | ☐ ある | ☐ ない(留置時期:) |
| 内視鏡(消化管止血)クリップ | ☐ ある | ☐ ない(留置時期:) |
| 人工内耳 | ☐ ある | ☐ ない |
| 整形外科用インプラント(ボルト、プレート、人工関節等) | ☐ ある | ☐ ない(留置時期:) |
| ステント(冠動脈、大動脈、血管内コイル、胆管、尿管等) | ☐ ある | ☐ ない(留置時期:) |
| 心臓人工弁、胸骨ワイヤー | ☐ ある | ☐ ない(留置時期:) |
| 磁力で装着する義眼 | ☐ ある | ☐ ない |
| 磁石式歯科用インプラント(土台)、歯科矯正器具 | ☐ ある | ☐ ない |
| 刺青、アートメイク(まゆ毛、アイライン等) | ☐ ある | ☐ ない |
| その他の体内金属の有無 () | | |
| <u>マグネットネイル、カラーコンタクトレンズ: 外して下さい</u> | | |

2. 閉所恐怖症 ☐ある ☐ない

3. (女性の方) 現在、妊娠中もしくは妊娠の可能性 ☐ある ☐ない

医療機関記入欄

MRI 検査について説明を行いました		☐ 検査可
問診・説明日	年 月 日	
説明 紹介元医療機関名	_____	
医師名	_____ 印	

患者様記入欄

鳥取県立厚生病院長 殿	
私は、MRI 検査に関する説明を受け、MRI 検査を受けることに同意します	
年 月 日	患者氏名 _____
(代理人: _____)	続柄: _____)

*説明された内容について、わからないことがある場合は、ご遠慮なく医師に質問してください。
同意書を頂いた後でも、いつでも質問をお受けいたします。
同意された場合でも、いつでも撤回することができます。