

MRI 検査についての説明文書

福岡中央病院

さま

1. 検査予定日 年 月 日

午前／午後 : 開始

検査開始時間の30分前までにお越しく下さい。
検査時間は、説明・更衣を合わせて約1時間です。

2. 飲食制限は、ありません。
あります。()以降は飲食をしないでください。

3. MRI 検査について

MRI 検査は高磁場の中で電磁波を使用して撮影を行う機器です。

そのため、体内に精密機器(※例1)を装着している場合は、人体に重大な影響が起こる可能性があるため、MRI 検査を受けることができない場合があります。また、MRI 検査が可能であったとしても、撮影時に対応が必要な場合や診断画像に影響がある場合がありますので当院のスタッフに申告をお願いします。

(例1)

- ・ペースメーカー
- ・埋め込み型除細動器
- ・神経刺激装置
- ・人工内耳
- ・脳室(VP)シャント
- ・脳動脈クリップ
- ・人工心臓弁
- ・人工骨頭・関節
- ・内視鏡止血クリップ
- ・血管内ステント(手術後6週間経過後は可能)
- ・コイル
- ・避妊リング
- ・乳房拡張器
- ・妊娠、または妊娠の可能性のある方

4. MRI 検査の前に確認していただく物

検査当日、検査担当者が検査前に以下の物(※例2)を身につけていないか確認を行います。万が一、撮影室内に持ち込んだ場合、発熱や火傷など身体への影響が起きる場合や、持ち込んだ物が破損する可能性がありますので、検査当日はできるだけ身につけずにお越しく下さい。※万一、これらの物を身につけて破損した場合の責任は負いかねますのでご注意ください。

(例2)

- ・時計
- ・指輪
- ・ネックレス
- ・イヤリング
- ・ヘアピン
- ・カツラ
- ・増毛パウダー
- ・メガネ
- ・義眼
- ・入れ歯
- ・携帯電話
- ・カラーコンタクトレンズ
- ・補聴器
- ・ベルト
- ・化粧品
- ・ネイルアート
- ・貼り薬
- ・入れ墨
- ・ホッカイロ
- ・連続血糖測定器(リブレ等)
- ・ブラジャー
- ・ヒートテック
- ・ボディースーツ
- ・ファスナー付きの衣類
- ・パワーアンクル
- ・財布
- ・磁気カード(例;クレジット、ICカード)

(以下、続く)

MRI 検査問診票

福岡中央病院

下記項目について【あり・なし】の該当する方に、丸（○）をつけてください。

確認事項

1.心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器	あり	なし
有りの場合はペースメーカーの機種・型式をご記載ください (社製) (型式:)		
2.体内金属類 例 ・脳室(VP)シャント ・人工内耳 ・神経刺激装置 ・脳動脈クリップ ・人工骨頭 ・人工関節 ・血管内フィルター ・ステント ・コイル ・人工心臓弁 ・避妊リング・乳房拡張期 →「あり」の場合は部位や素材・挿入年月日など 出来るだけ詳細にご記入ください (年) (内容)	あり	なし
3.入れ墨 (アートメイクも含む)	あり	なし
4.閉所恐怖症	あり	なし
5.妊娠中、妊娠の可能性	あり	なし

普段身につけている物がある場合は、該当欄にチェックをしてください。

<input type="checkbox"/>	カツラ	<input type="checkbox"/>	補聴器	<input type="checkbox"/>	増毛パウダー	<input type="checkbox"/>	カラーコンタクト
<input type="checkbox"/>	ピアス	<input type="checkbox"/>	義眼	<input type="checkbox"/>	インプラント	<input type="checkbox"/>	歯科矯正器具
<input type="checkbox"/>	入れ歯	<input type="checkbox"/>	ネイルアート	<input type="checkbox"/>	貼り薬 (ニトロダーム・ニコチネルなど)		
<input type="checkbox"/>	連続血糖測定器 (FreeStyleリブレ、テルモDexcom G6など)						

検査室内には持ち込めません (例) (検査当日はできるだけ身につけずお越しく下さい)

時計	ヘアピン	眼鏡	ヒートテック類
携帯電話	ホッカイロ	貴金属類	金具付きの衣類や下着
財布	温冷湿布類	磁気カード (例: クレジット、ICカードなど)	

以上の項目について確認をしました

記入日 年 月 日

患者または代理人 (署名) _____