

単純 MRI 検査を受けられる患者様へ

フリガナ

ご氏名 様

生年月日: 年 月 日生 性別: 男性・女性

住所: 〒

ご施設名

Tel:

予約時間: 年 月 日() 時 分

- ◆ 検査部位は()です。
- ◆ 検査時間は約 20~60 分(検査によって異なります)です。検査中は大きな音がします。
 - ・上記予約時間の **15 分前**までにこの用紙と診察券をご持参の上、再来受付機を通り中央放射線部受付までお越し下さい。
 - ・当院を初めて受診される方は、予約時間の **30 分前**までにフロント受付で保険証を提示して、手続きをして下さい。
- ◆ 骨盤部の検査の方は膀胱に尿がたまっているほうがいいので、我慢できる範囲でトイレに行かず検査を受けて下さい。
- ◆ 検査当日は絶食の必要はありません。ただし、**MRCP・膵臓・胆のうの検査を受けられる方は検査時間の 6 時間前から絶食、予約の 30 分前までに来てください。**

☆ 絶食・・・食物を食べてはいけません。(水、白湯、お茶は飲んでもかまいません。)

注意事項

- ・妊娠及び妊娠の可能性のある方は受付時(検査前)に必ず申し出て下さい。

変更・キャンセルの場合

- ・2 日前までは、ご紹介元のクリニックにご連絡下さい。前日から当日は、中央放射線部までご連絡下さい。



奈良県西和医療センター 中央放射線部



電話: 0745-32-0505

内線: 2141

MRI 検査問診表

氏名 _____ 様

安全に検査を行うため、以下のⅠ～Ⅲの項目について、該当するものがありましたら□枠にレ点を記入し、最後にご署名をしていただき、検査当日、担当者にお渡し下さい。

《該当するもので詳細な内容がありましたら（ ）内に記入して下さい》

- ※ Ⅰ～Ⅱの項目に該当した場合、安全のため検査が出来ないことがあります。
- ※ 検査前日までに平日の午前9時から午後5時の間に放射線科受付（内線：2141）までお問い合わせください。
- ※ 他の時間は連絡がつかない場合がありますので、出来るかぎり上記時間内をお願いします。
- ※ ご自身の体内金属または体内装置について証明書（書類、説明書、カードなど）をお持ちでしたら、ご用意ください。

Ⅰ. 次の項目に該当する方は基本的に検査ができません.

- 心臓ペースメーカーが体内に入っている.
- 閉所恐怖症がある. (狭い場所、暗い場所が苦手な方)
- 現在、妊娠している. または、妊娠の可能性がある.
- 人工内耳が入っている.

Ⅱ. 次の項目に該当する方は検査が可能かどうか確認する必要があります.

- 体内になんらかの金属が入っている. (詳細: _____)
- 20年以上前に心臓の手術をした. (詳細: _____)
- 今から6週間以内に体内金属を埋め込んだ. (詳細: _____)
- 検査予定日の1ヶ月以内に内視鏡検査をした. (詳細: _____)
- ぜんそく・てんかん・不整脈などの突然、発作を起こす持病がある. (詳細: _____)
- 磁石式のアタッチメント式の入れ歯を使用している. (詳細: _____)
- 入れ墨・タトゥーをしている. (詳細: _____)
- 以前、鉄工所で働いていた. (詳細: _____)
- MRI検査について、不明な点があり不安である. (詳細: _____)

Ⅲ. その他の項目

- Ⅰ～Ⅱに該当する項目はない.
現在の身長と体重を記入してください. (身長: _____ cm、 体重: _____ kg)

当院では、事故防止のため全検査において検査着に更衣していただいております。ご協力お願いします。お化粧のアイラインおよび金属性顔料（ラメ入り化粧品）は、検査に支障をきたす場合がありますので、使用しないで（検査前にとっても可）来院して下さい。

記入日：20 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 署名

(代筆者、続柄 _____) 署名

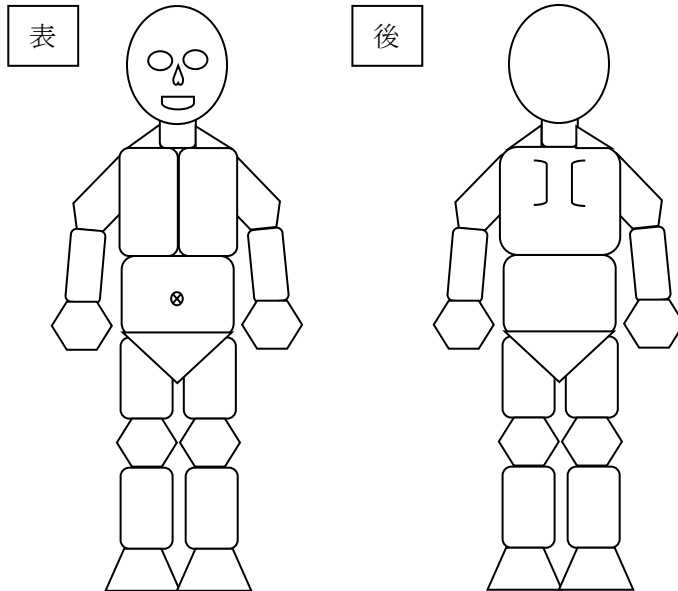
奈良県西和医療センター 放射線科
お問い合わせ先：0745-32-0505（内線：2141）

以下の項目については検査当日、担当スタッフが確認させていただきます。

氏名 _____ 様

MRI 検査入室前チェック

- ① 表記についてあやまりはないか。 あり なし
- ② 義歯、補聴器、カイロ、湿布薬、かつら、コンタクトレンズ、ニトロゲームなどを装着している。 あり () なし
- ③ 磁気性のもの…キャッシュカード、テレホンカード、定期券、バスカード、駐車券、エレキパンなどを携帯および装着している。 あり () なし
- ④ 金属製のもの…ヘアピン、ネックレス、ピアス、腕輪、腕時計、めがね、小銭、鍵、ライター、携帯電話など、携帯および装着している。 あり () なし
- ⑤ 探知機による金属反応の有無。 あり () なし



20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 担当者: _____

MRI 検査を受けられる患者様へ

氏名 _____ 様

□検査の説明

この検査は放射線被ばくも痛みもありません。ただ検査時間が少し長く、音が大きい検査ですのでご承知下さい。また検査中はモニターで監視し、インターホンでの通話も行っていますので、安心して検査をお受け下さい。

□検査を受けられる方へのご注意

*検査はMR室で行います。以下のことをお守り下さい。

- 1.検査当日は普通に食事して下さい。
- 2.予約時間はだいたいの予定時間ですので、しばらくお待ちいただくことがあります。予約時間に遅れないように少し前に来院して下さい。その時に、再来受付機を通り診察券・予約表・問診表をもって放射線科受付にお越し下さい。(問診表は必ずお読みになり、必要事項を記入し忘れずにお持ち下さい。)
- 3.検査中止の場合または、予約日の変更の場合は、下記まで連絡して下さい。
- 4.コンタクトレンズを使用されている方は、検査当日はコンタクトレンズをはずし、めがねで来院して下さい。
- 5.狭心症の貼り薬(ニトロダーム等)は検査の際、はずして頂きます。
*次に該当するものを検査室に持ち込みますと、故障や検査に影響をおよぼしますので必ず所定の場所にお預け下さい。なお、盗難、故障には一切の責任を負いかねます。
① 磁気性のもの例 キャッシュカード、テレホンカード、定期券、ピップエレキバン、インプラント等
② 金属性のもの例 ヘヤピン、ネックレス、イヤリング、ピアス、ブレスレット、ホックやチャックの金属片、かつら、時計

検査中止、予約変更の場合の連絡先 奈良県西和医療センター放射線科受付
検査についての問い合わせ先 電話 0745-32-0505 (内線 2141)

当院では、事故防止のため全検査において検査着に更衣していただいております。ご協力お願いします。化粧をされている方で、検査に支障をきたす場合がありますので、化粧をしないで来院して下さい。