

必ずお読み下さい

MR I 検査を受ける患者さんへ

- 1 エレキバン・カイロ・ヘアピン・アクセサリ（イヤリング、ピアス、ネックレス、指輪等）腕時計、入れ歯等の金属類は前もってはずしておいて下さい。
- 2 化粧品等のなかで、付けまつげ、アイシャドー、マスカラ、などは使用しないで来院下さい。また、金具の付いていない下着を着ておこし下さい。
- 3 貼り薬（シップ・心臓用貼り薬ニトロダーム等）は、はずしていただきます。
- 4 コンタクトレンズは、検査前にはずしていただきます。できればメガネでおこし下さい。
- 5 磁気カード（診察券、駐車券、キャッシュカード等）携帯電話は、検査室へ持ち込まないで下さい。
- 6 ペースメーカー装着者、磁性体脳動脈瘤クリップ使用者、磁性体心臓人工弁置換者、妊娠初期の方、入墨を入れている方、眼球内金属異物の混入した方は、検査はできませんので御注意下さい。
- 7 体外金属、義足、義手、金属シーネ等の固定装具については検査前にとりはずすことが必要です。
- 8 所持品はすべてロッカーに入れ、検査室には何も持ち込まないで下さい。
- 9 検査時間は約 30 分程かかり、検査中動かないようにしていただきます。また検査中は非常に大きな音がします。

救急患者撮影等によって、予約時間どおり検査が出来ない場合がありますので予めご了承ください。

MR I チェックリスト

氏名	様
検査日	AM
年 月 日	PM

依頼医へお願い

安全な検査を行うため、依頼医師は責任を持って十分な問診を行ってください。
検査は30分ほど要し、この間は騒音の中で動かずにいなければなりません。
患者様の十分な協力を得るためにも、できるだけ具体的な検査内容の説明を行ってください。
MR I 室で安全性に問題があると判断した場合、またチェックリストに記載不足がある場合は、検査を行うことができません。

チェックリスト

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| (1) 今までにMR I 検査を受けたことがありますか | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (2) 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (3) 心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (4) 脳内動脈瘤クリップ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (5) 不整脈(種類) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (6) 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (7) 妊娠中(最終月経開始日) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (8) てんかん | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (9) 人工骨頭・関節(部位) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (10) 手術クリップ・クランプ・ステント・シャント等 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (11) 歯列矯正用具・入歯・インプラント | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (12) 義眼及び眼窩内金属片 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (13) コンタクトレンズ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (14) 人工内耳・補聴器 | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (15) 入墨・アイシャドー・マスカラ | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (16) その他の体内金属片(金歯・針治療針・弾片等) | <input type="checkbox"/> あり | <input type="checkbox"/> なし |
| (17) インフォームドコンセント(説明・同意) | <input type="checkbox"/> あり | |

問診医師名 _____

その他、何か注意点がございましたら御記入下さい。

御来院の際にはチェック済リストと紹介状を御持参下さい。

御不明な点がございましたら、麻植協同病院放射線科 TEL 0883-24-2101

(内線 150) までおたずね下さい。