

# MR I 検査問診票・同意書

MR I 検査は強い磁場の中で行います。体内や体外にある金属の種類によっては金属の発熱に伴うやけどや、金属の逸脱が起こる場合があります。検査を安全に行うために以下の質問にお答えください。お答えの内容によっては、検査をお断りする場合があります。

1. 検査の出来ない金属	チェック欄	備考
・心臓ペースメーカー	無 ・ 有	検査はできません
・除細動器	無 ・ 有	検査はできません
・人工内耳・人工中耳	無 ・ 有	検査はできません
・可変式脳圧シャントバルブ	無 ・ 有	検査はできません
・刺激電極	無 ・ 有	検査はできません
・体内異物金属（弾丸等）	無 ・ 有	検査はできません
・磁力で装着する義眼	無 ・ 有	検査はできません
2. 確認が必要な金属	チェック欄	備考
・頭蓋内動脈瘤クリップ	無 ・ 有	検査前に確認が必要です
・心臓人工弁	無 ・ 有	Star-Edward600 番以前は検査できません
・血管内ステント	無 ・ 有	挿入 8 週間以降に検査可能です
・その他、手術等による体内金属	無 ・ 有	発熱や動く恐れがあります
・置き針、永久針等	無 ・ 有	発熱や動く恐れがあります
・磁性体避妊リング	無 ・ 有	発熱や動く恐れがあります
・磁石で装着する義歯	無 ・ 有	磁力喪失の可能性があります
・手術歴	無 ・ 有	4. の記載欄に記入してください
・取り外せない金属	無 ・ 有	4. の記載欄に記入してください
3. その他確認が必要な項目	チェック欄	備考
・閉所恐怖症	無 ・ 有	装置の見学は可能です
・妊娠の可能性、妊娠中	無 ・ 有	胎児への安全性より母体を優先する場合のみ
・入れ墨、アートメイク	無 ・ 有	やけど、変色の恐れあり（要同意書）
・体重	(            kg)	

4. 「2. 確認が必要な金属」および、「3. その他確認が必要な項目」が『有』の記載欄



5. 同意書の撤回について

被検者または代理人は、検査を受けることを同意した後、いかなる場合でも同意の撤回が出来ます。

6. 検査日時： 年 月 日（ : ）～

## MRI 検査を受ける事への同意書

※問診表を確認したので、MRI 検査を受けることに同意します。

年 月 日 被検者署名 氏名

または代理人署名

氏名 続柄（ ）

市川東病院院長 殿

## MRI 検査を受けられる方へ

- ・MRI の検査日時は 年 月 日 ( : ) ~ です
- ・検査のキャンセルや、日時の変更はお電話にて対応しておりますのでご連絡ください。  
連絡先 電話 047-327-3355 (代)
- ・検査時刻の20分前には受付を済ませておいてください。

## 検査への注意事項

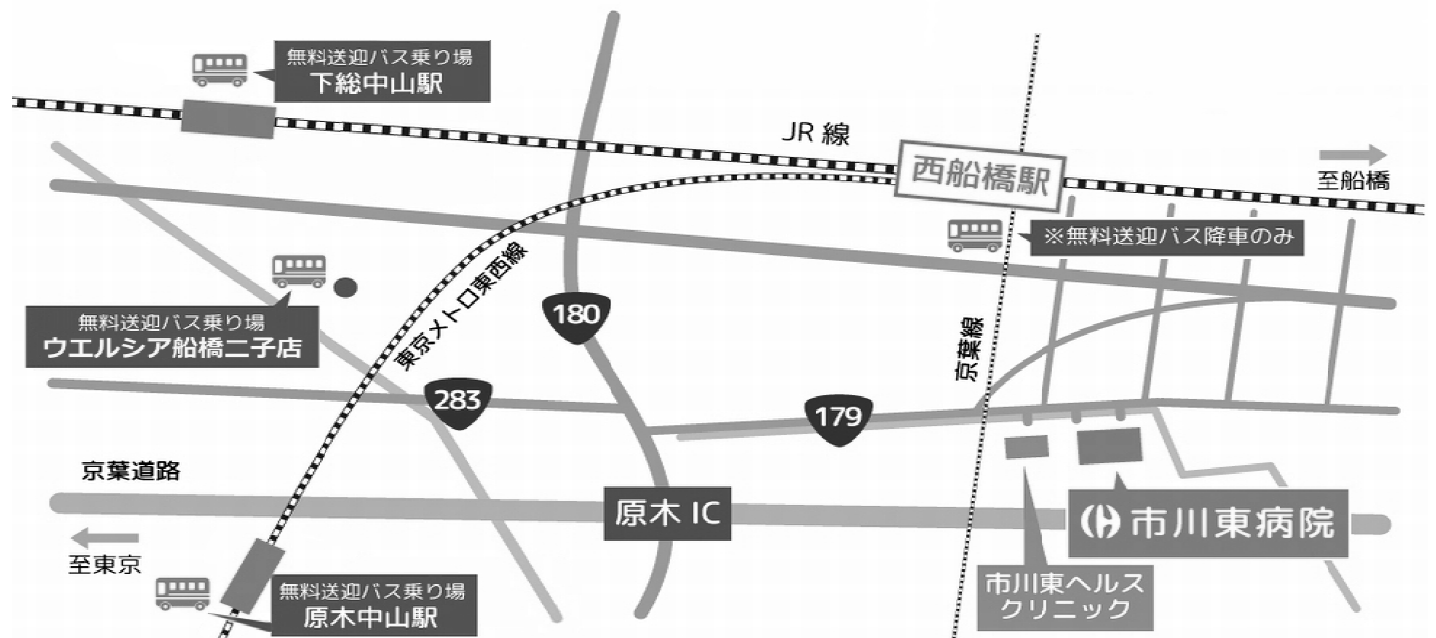
- ・当日の検査の進行状況によっては、予定時刻に検査が開始できない場合がありますのでご了承ください。
- ・検査時間はおおむね20分程度ですが、検査内容によってはこれ以上かかることもあります。
- ・検査前には排便、排尿を済ませておいてください。(ただし泌尿器の場合は指示通りにしてください)
- ・腹部の検査および造影剤を使用する検査の方は、検査の3時間前には食事を済ませておいてください。
- ・造影剤投与後48時間は授乳が出来ませんのでご注意ください。

その他、ご不明な点がございましたら担当医師または、放射線技師にお尋ねください。

## MRI 検査室に入る前に以下のものがあればはずして下さい

- ・マスカラ、アイシャドーなど金属分を含む化粧品
- ・カラーコンタクトレンズ
- ・金属付き衣類 (下着、ファスナー、ベルト等)
- ・遠赤外線または保湿性が非常に高い下着や衣類、磁気腹巻
- ・磁気絆創膏、湿布、心臓の貼り薬、使い捨てカイロ
- ・装具 (コルセット、義肢・義足)
- ・補聴器、入れ歯、めがね、ヘアピン、かつら、御守り
- ・携帯電話、財布、小銭、診察券、キャッシュカード、鍵、時計、ボールペン、ライター、駐車券
- ・ピアス、ネックレス、指輪などの金属類

## 当院周辺地図および当院行きバス乗り場のご案内



## 当院の住所及び電話番号

〒272-0001

千葉県市川市二俣2丁目14番3号

047-327-3355