

MRI 検査予約票

氏 名： _____ 様

検査部位： _____

依頼医療機関名

予約日時： 20 ____ 年 ____ 月 ____ 日 ____ 時 ____ 分

**予約時刻の 30 分前までに、糸魚川総合病院 総合受付で受付を済ませ、
放射線科までお越しください。**

- **禁食指示** ☐なし ☐あり ・検査当日の(朝食 ・ 昼食) は取らないでください
・予約時刻の 2 時間前までに 150mL 程度の飲水は可能です
・常用しているお薬は服用してかまいません
- **造影** ☐なし ☐あり (検査前に点滴を行うことがあります)
- **体重** _____ kg

お持ちいただくもの

**本票、診察券、保険証、（お持ちの方のみ）医療費受給者証、ステント手帳など体内金属がわかるもの。
必ずお読みください**

- 検査時間は約 30～60 分です。ご予約のある方を優先的に行いますが、急患対応で予約時間に検査が開始できないことがありますので予めご了承ください。なお、長時間お待ちの方で一時離席を希望される方や、体調のすぐれない方は放射線科受付にお声がけください。
- 特別な指示がない限り、検査前に排尿をお済ませください。
- 検査中は大きな音がしますが、装置の正常な動作音ですのでご安心ください。
- 体内外に埋め込まれた金属がある方は MRI 検査が行えないことがあります。なお、予約後に金属を留置するような手術や治療をされた方は、ご依頼医療機関または、糸魚川総合病院放射線科にご相談ください。
- 検査前には身の回り品について前室（更衣室）で問診を行いますが、円滑に検査を進めるために、以下のものを、予め外してお仕度いただくようご協力ください。貴重品のお預かりは可能です。

金属類：補聴器・入れ歯・鍵・メガネ・ライター・ヘアピン・腕時計・アクセサリ類・携帯電話・カイロ・ベルト・エレキバン・金属のついた下着や服・コルセット・かつら・増毛パウダー・アイシャドウ・カラーコンタクト、ポケットの中の小銭や鍵 など

磁気カード類：診察券、キャッシュカード、クレジットカード、交通系カードなど

その他：刺青やタトゥーは検査で発熱や変色する可能性があります。問診時にご相談ください。

- 妊娠中の方はお知らせください。
- 当日都合の悪い方は必ず前もって、ご依頼医療機関および糸魚川総合病院放射線科までご連絡ください。

 **新潟県厚生連 糸魚川総合病院**

025-552-0280(代表)

MRI 検査安全チェックシート

(わかれば)

検査日 _____ 糸病 ID _____ 患者氏名 _____ 体重 _____ kg

当院での禁忌事項※ ☐すべて無し※チェックが無いと検査はお引き受けできません

- ・心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 ・ 残存リード線※1
- ・人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置※1
- ・脊柱管内リード線、脊髄刺激装置※1
- ※1MRI 対応品であっても当院では施設認定の基準を満たさないなどの理由から検査をお受けすることができません。
- ・埋込式インスリンポンプ・持続式グルコース測定器※2
- ※2 取外しができるタイプであってもこちらでは再装着の対応はできません。
- ・チタン製以外の脳動脈瘤クリップ
- ・圧可変式バルブシャント※3 ※3 検査後に調整が必要なため専門診療科受診をお願いします。
- ・留置 8 週以内のステント ・ フィルター ・ コイル ・ 人工血管 ・ 人工心臓弁
- ・1970 年以前のスターエドワード社製人工心臓弁
- ・留置 4 週以内の消化管止血クリップ・マーキングクリップ
- ・可動型義眼
- ・K ワイヤ
- ・眼や心臓など決定臓器に位置する外傷等による金属片（鉄片や銃弾破片など）
- ・金属製避妊リング
- ・閉所恐怖症の方※4 ※4 入眠措置が必要な場合は専門診療科受診をお願いします。
- ・妊婦への造影
- ・詳細不明な体内外磁性体金属・電子デバイス

注意事項 該当項目がある場合✓をお願いします

- ☐手術による体内金属 発熱・画像の乱れが起きる可能性があります。
- ☐禁忌項目以外の体内外金属・電子デバイス
ステントや心臓データレコーダなどには、添付文書上、検査に制限※がかかるとの記載がある場合があります。ルーチン検査が行えないことがあります。 ※SAR,時間、シーケンス数など
お手数ですが、お調べいただいた情報を、[条件付き検査可能欄]にご記入ください。
- ☐増毛パウダー 磁性体を含み、装置破損を引き起こす可能性あり。必ず落として来院願います。
- ☐刺青・タトゥー 変色・発熱の恐れがあることをご説明願います。

上記項目を確認の上、今回 MRI 検査について以下のように判断します。

- ☐検査可能
- ☐条件付き検査可能 メーカー名・製品名 _____ SAR 上限 _____ W 時間制限 _____ 分

確認日 _____

確認依頼医師氏名 _____