

MRI検査説明予約票

様

検査予定日

()

検査の30分前には放射線科の受付をお済ませ下さい。

*ペースメーカー・ICDなど体内に埋込後の方は、MRI検査を受けることはできません。

* 予約日時に来られないときは、お早めに下記までご連絡ください。

予約時間に遅れますと検査を受けられない場合があります。

* 緊急検査等により、予約時間より検査開始時間が遅れる場合がありますが、ご了承ください。

あなたが受ける検査は、絶食が☐ 必要です。☐ 必要ありません。)

絶食が必要な方へ

◆ 腹部MRIの方へ

- ・ 検査当日の☐ 朝食 ☐ 昼食)は取らないで下さい。
- ・ 検査当日は、少量のお水・お茶は飲んで頂いてもかまいません。
- ・ 前日～当日は、アルコールの摂取は避けて下さい。
- ・ 膀胱、子宮、卵巣、前立腺の検査の方は、膀胱内に尿を溜めた状態で検査を行います。
検査1時間前位からは、排尿を控えて下さい。

◆ 内服薬について

- ・ 糖尿病治療中の方は、絶食中には糖尿病薬（内服薬およびインスリン注射）を使用しないで下さい。
- ・ 医師の指示がなければ、絶食中の内服薬は使用せずに来院し検査後に内服してください。
(一部内服薬の使用など指示がある場合は、医師の指示に従って下さい。)

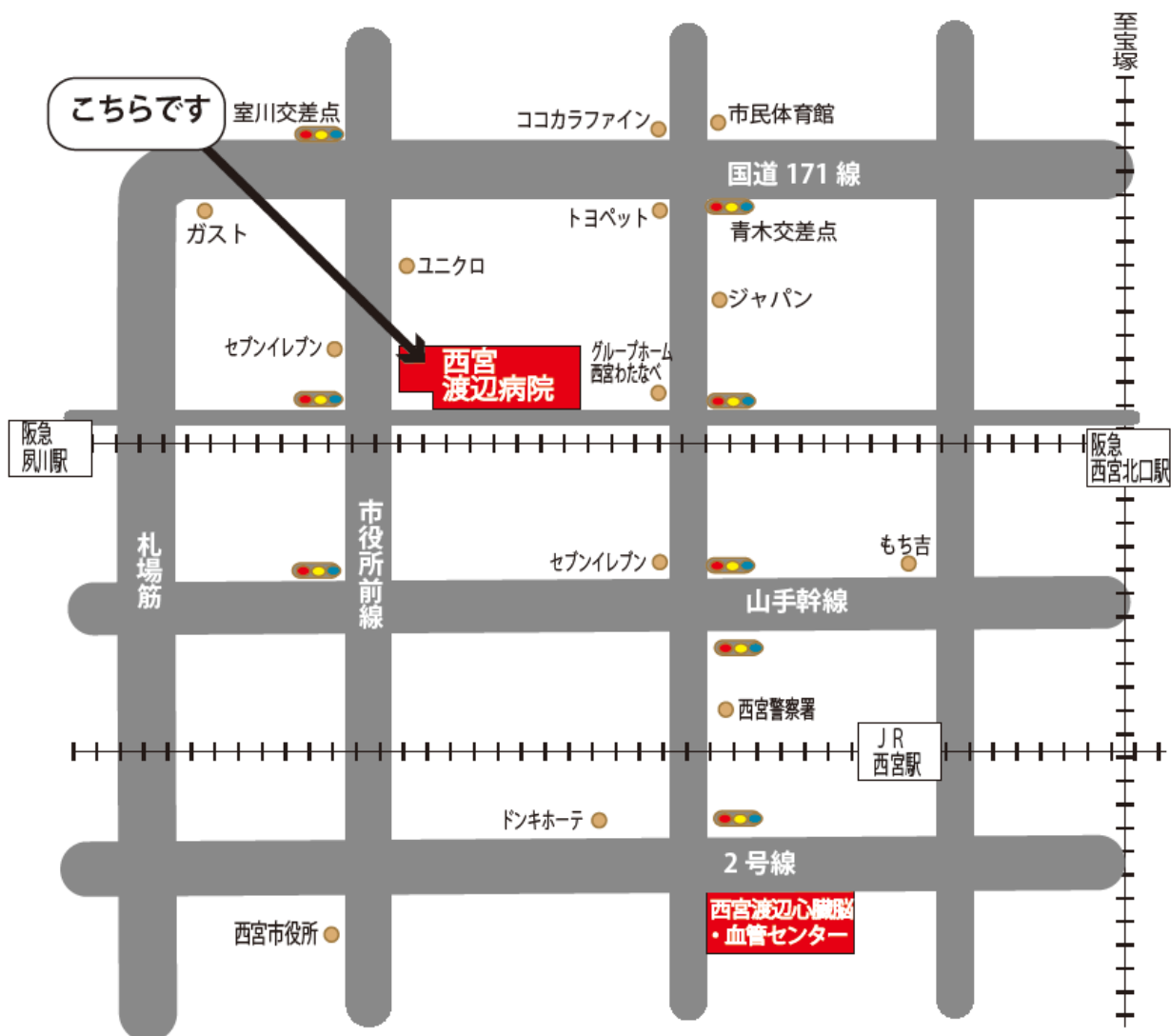
検査前の準備について

- ・ ネックレス・指輪・ピアス・ピアなどの金属類・シップ・ILKパス・コトダマ・コンタクトレンズ・カド・補聴器・眼鏡・入れ歯などは外せる準備または外しておいて下さい。
- ・ 化粧品や刺青の中には顔料として金属を含んでいるものもあります。お化粧品は落としておいて下さい。検査終了後は、お化粧品をしていただいてもかまいません。刺青はご相談下さい。
- ・ 検査室内には、携帯電話や腕時計などの金属類・クレジットカードなどの磁気カードは持ち込まないようにして下さい。
- ・ 検査時には、撮影部位に関係なく検査衣に着替えて頂きます。
(検査衣の下はパンツのみの着用となります。)

- ✓ 当日、体調の悪い方は早めに看護師にお申し出下さい。
- ✓ その他、分からないことがあればお申し出下さい。
- ✓ ご予約の変更は早めに連絡下さい。

説明医師

社会医療法人渡邊高記念会 西宮渡辺病院 西宮市室川町10-22
TEL 0798 (74) 2630 FAX 0798 (74) 0199



- JR西宮駅から徒歩15分
- 阪急西宮北口駅から徒歩20分
- 阪急夙川駅から徒歩21分

社会医療法人渡邊高記念会 **西宮渡辺病院**
 西宮市室川町10-22
 TEL 0798 (74) 2630 FAX 0798 (74) 0199

ID: _____
カナ氏名: _____
患者氏名: _____
生年月日: _____

単純MRI 検査問診票

身長 _____ cm 体重 _____ kg

MRI検査を安全に受けて頂くために、以下の質問にお答え下さい。

1. これまでにMRI検査を受けたことがありますか？

() いいえ () はい

2. これまでに手術を受けたことがありますか？

() いいえ () はい → どのような手術ですか？ ()

3. ペースメーカー・ICD(植込み型除細動器)・CRT-D(両室ペーシング機能付き植込み型除細動器)・CRT-P(心臓再同期ペースメーカー)を植えていますか？

() いいえ () はい (ペースメーカー・ICD・CRT-D・CRT-P)

4. 体内に金属がはいっていますか？あれば該当するもの全てにチェックをつけて下さい。

() いいえ () はい

☐ 人工心臓弁 ☐ 人工関節・骨頭 ☐ 人工内耳

☐ 歯科治療器具(インプラント・義歯など) ☐ 義眼

☐ スtent(大動脈・冠動脈)

☐ 動脈瘤クリップ

☐ 内視鏡止血術後のクリップ

☐ その他の体内金属・異物(どのような)

上記項目に該当する方へ、MRI対応金属ですか。(はい いいえ)

分からない方は、手術を受けた病院・主治医にMRI検査を受けても良いか
ご確認下さい。

5. 狭いところが苦手(閉所恐怖症)ですか？

() いいえ () はい

6. 次の病気にかかったことがありますか？該当する病気全てに○をつけて下さい。

() いいえ () はい

(緑内障・心筋梗塞・狭心症・前立腺肥大・糖尿病・腎臓病)

7. 女性の方へ 現在妊娠しているまたはその可能性がありますか？または不妊治療中でしょうか

() いいえ () はい

安全に検査を行う為に下記のことをご了承下さい。

- 検査室に入る前には、眼鏡、時計、アクセサリ、ブラジャー、シップ、カイロ、補聴器、入れ歯、エレキバン、かつら、ニトロダーム、コンタクトレンズなどは全て外して頂きます。
- マスカラ・アイシャドーなどは種類によってはやけどの恐れがあります。検査前には、お化粧を落として頂くこともあります。必要に応じてお化粧直しをご用意下さい。

依頼医記入欄(以下の項目を確認して下さい)

- ☐ 全ての体内金属・機器について起こりうる危険を説明し承諾を得て、MRI検査可能であることを確認した。

年 月 日 患者の署名 _____ 確認医師 _____

【同意書への署名ができない事由】

- ☐ 検査に対する説明を口頭で行い、同意の取得はできたが、自筆での署名ができないため、後日同意書への署名する予定。
- ☐ 【氏名 _____ 続柄 _____】に対して電話で説明し同意を得たが、直ちに来院することができないため、来院時に同意書への署名する予定。
- ☐ 意識レベルの低下により説明に対する同意が得られないが、救命のための検査や処置が必要であるとの医師の判断において同意書への自筆の署名がなくとも検査や処置を実施する。

いずれも詳細は診療録参照。

医師署名 _____