

MR I 検査チェックリスト

依頼医療機関名 _____

依頼医師 _____

患者名 _____

年齢 歳 性別 (男 ・ 女)

検査予約日時

年

月

日 ()

時

分

検査当日は、チェックリスト(この用紙)、MRI依頼書、保険証、診察券(お持ちの方)を持って、

総合受付窓口 で受付後、放射線技術科窓口にお越し下さい。

検査20分前までには受付を済ませてください。

緊急検査や前処置等の都合で、検査開始が若干遅れることもありますので
予めご了承下さい。

MR I (磁気共鳴像)検査とは、大きな円筒の磁石の中に体をいれて、
人体の内部を磁気を用いて任意の断面像を得る検査です。
検査時間は検査によって異なりますが、15分～30分位です。
検査中は、ドンドンとかダッ・ダッ・ダッ…という音が聞こえますが
痛みなどはなく、ベッドで寝ているだけで終わります。

- * ご不明な点、予約時間に遅れるとき、来院できないなどの場合はご連絡下さい。
- * やむなく病院の都合で、日時を変更させて頂く場合もあります。その時は連絡
させて頂きますのでご了承下さい。

検査当日に再度、技師が確認しますので、チェックして頂きご持参してください。

- | | |
|-------------|-----------|
| 1.心臓ペースメーカー | (有 ・ 無) |
| 2.除細動器 | (有 ・ 無) |
| 3.人工内耳、人工中耳 | (有 ・ 無) |
| 4.可動型義眼 | (有 ・ 無) |

上記の1～4の質問に対し、1つでも **有** がある場合、検査が出来ませんのでご了承下さい。

- | | |
|---------------------------------|-----------|
| 5.脳動脈クリップの手術歴 | (有 ・ 無) |
| 6.ステント留置歴 | (有 ・ 無) |
| 7.マグネット式の義歯の使用 | (有 ・ 無) |
| 8.歯科矯正 | (有 ・ 無) |
| 9.骨折等の整形外科手術歴(人工骨頭・プレート・人工関節など) | (有 ・ 無) |
| 10.現在妊娠中、もしくは妊娠の可能性 | (有 ・ 無) |
| 11.刺青 | (有 ・ 無) |
| 12.体内・体表金属(消化管止血クリップ、皮膚ステープルなど) | (有 ・ 無) |
| 13.避妊リング | (有 ・ 無) |
| 14.金属片 | (有 ・ 無) |

(有)の場合は事前に、留置した
医療機関に問い合わせ頂き
MRI撮影可能か確認して下さい。

上記の5～13の質問の対し、1つでも **有** がある場合、障害の危険性がありますので
医師と相談して、検査が出来ない場合があります。

- | | |
|--------------------------|-----------|
| 15.ニトロゲム・ニコチネルを使用(貼っている) | (有 ・ 無) |
| 16.化粧(アイシャドウ、マスカラなど) | (有 ・ 無) |
| 17.時計、磁気カードなど | (有 ・ 無) |
| 18.ネックレス、指輪、ピアスなど金属製の装飾品 | (有 ・ 無) |
| 19.カイロ、エレキパン、中国針 | (有 ・ 無) |
| 20.ボディースーツ、ホックなど金属のついた下着 | (有 ・ 無) |
| 21.補聴器 | (有 ・ 無) |
| 22.カラーコンタクト | (有 ・ 無) |

上記の14～21質問の対し、MR室内に持ち込みますと熱をもったり、破損する恐れがあります。
全て、はずしていただきMR室ロッカーにて保管させていただきます。

- | | |
|----------|-----------|
| 23.閉所恐怖症 | (有 ・ 無) |
|----------|-----------|

ご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせください。

済衆館病院 放射線技術科 0568 (21) 0811

MRI 検査依頼書

依頼医療機関名 _____

依頼医師 _____

患者名 _____

年齢 _____ 歳 性別 (男 ・ 女)

検査予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

経過及び検査目的

撮像部位・方法詳細		単純	・	単純＋造影
1	頭部	大脳・小脳・脳幹 眼窩・顔面・副鼻腔 その他()		<input type="checkbox"/> 放射線科一任 <input type="checkbox"/> 撮像法指定 ・ T1強調像 ・ T2強調像 ・ その他 () 【特殊】 <input type="checkbox"/> 非造影 MRA MRCP <input type="checkbox"/> 造影 ダイナミック SPIO(肝のみ) その他 ()
2	頸部	甲状腺・咽頭・喉頭 その他()		
3	胸部	肺野・縦隔・胸壁 大動脈・心臓 その他()		
4	上腹部	肝・胆・膵・脾 腎・副腎・大動脈 その他()		
5	骨盤部	子宮・卵巣 前立腺・膀胱 その他()		
6	脊椎	(C ~ C) (Th ~ Th) (L ~ L) (S ~) その他()		
7	関節	右	肩関節・肘関節・手関節	
		左	股関節・膝関節・足関節	
8	その他			

MRC P・上腹部MR I 検査説明書(患者様用)

依頼医療機関名

依頼医師

患者名 _____ 年齢 歳 性別 (男 女)

検査予約日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

検査当日は、検査説明書(この用紙)、MRI依頼書、保険証、診察券(お持ちの方)を持って、
総合受付窓口 で受付後、放射線技術科窓口にお越し下さい。

緊急検査や前処置等の都合で、検査開始が若干遅れることもありますので
予めご了承下さい。

MRC P検査を受けられる方へ

MR I 装置で胆管膵管を撮像します。

検査直前にマンガンを多く含んだ溶液を250cc飲んで行います。

□注意事項

【検査前日】 午後9時までに食事を済ませて下さい。

【検査当日】

□検査当日の食事

□検査が午前の場合、朝食はとらないで下さい。

□検査が午後の場合、昼食はとらないで下さい。

※検査予約時間の6時間前から絶食です。

※水・お茶で口をうるおす程度は飲んで頂いても結構ですが、
来院前の水分摂取はご遠慮下さい。

※血圧の薬・心臓の薬・喘息の薬は飲んで下さい。

(3時間前にお飲み下さい。)

※糖尿病の薬は飲まないで下さい。

□ご都合がつかず延期又は中止されたい方は出来るだけ早く連絡して下さい。

◎予約変更の場合には診察券の番号が必要になりますので、予めお調べになった上で
ご連絡くださいますようお願いいたします

済衆館病院

電話番号

0568-21-0811