

# 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、ドンドンとかガッ・ガッ・ガッ...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  
させていただ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.ニトロダーム・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、エレキバン、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 ( )  <b>【特殊】</b> <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			