

MRI（磁気共鳴コンピュータ断層撮影）検査のご案内

※以下の注意事項を必ずお読みください

以下の項目に該当する方はMRI検査を受けることができません

心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、
十字靭帯再建用Perfix-Interference-Screw、人工内耳 のある方

以下に該当される方は検査できない場合がありますので、必ず主治医にお申し出ください

圧可変式の脳室シャントバルブ等の医療機器が体内に植込まれている
脳動脈クリップ・脳脊髄ドレーンチューブ・刺青・妊娠中・歯列矯正中
手術、外傷などによる体内及び体外金属
(人工骨頭、人工関節、手術クリップ、インプラント、金属破片、弾丸など)

●強力な磁石の中での検査となりますので、以下のような磁性体（磁石にひきつけられるようなもの）は検査室内に持ち込むことができません。

(金属機器類) 補聴器・義歯・義眼・メガネ・ヘアピン・アクセサリ・携帯電話・時計
金属が使用されている貼付薬（ニトロゲムなど）・インスリンポンプ・
持続グルコース測定器など

(磁気カード) クレジットカード・キャッシュカード・診察券 など

(その他) 湿布・貼り薬・エレキバン・カイロ・かつら・増毛スプレー

金属のついた衣類、遠赤外線下着（ヒートテックなど）

コンタクトレンズ・アイシャドウ・マスカラ・ケアネイル など

※上記磁性体をMRI室に持ち込み破損等した場合、当院は責任を取りかねますのでご了承ください。

※コンタクトレンズご使用の方は目に対する危険を回避するため、事前に外してください。

※化粧品の種類によって金属が含まれており発熱する恐れがあるので化粧はなるべく避けてください。

※更衣に時間がかかる方はあらかじめ金属類のない衣服を着用しご来院ください。

●予約時間20分前までにお越しいただくようお願いいたしますが、急患などにより検査開始時間が前後する場合があります。

●検査時間は、目安として30分～1時間程度の予定ですが、検査内容により前後します。

●閉所恐怖症等のある方は検査ができない場合もあります。あらかじめご了承ください。

●当院は予約制となっております。都合により来院できなくなった場合は、早めにご連絡ください。

●当日は検査のみとなります。検査結果の説明は紹介元の医療機関でお願いします。

問診・同意書等含めご不明な点がございましたら、鹿児島生協病院 放射線部へお問い合わせ下さい。

鹿児島生協病院 放射線部直通電話 TEL 080-7248-2117

問い合わせ時間 月～土曜日（祝日除く） 9時～16時30分

MRI 検査問診表・同意書

検査日 年 月 日 予約時間 時 分

検査部位 患者氏名

| | | | |
|----|--|--------|-----------|
| 1 | 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ | はい・いいえ | |
| 2 | 別紙の「MRI検査のご案内」を読み、ご理解いただけましたか？ | はい・いいえ | |
| 3 | 閉所恐怖症はありませんか？ | ある・ない | |
| 4 | 今までに手術を受けたことがありますか？ いつごろ（ ）部位 （ ） その際、MRI検査に対する注意を受けましたか？（はい・いいえ） | ある・ない | |
| 5 | 手術以外で体内金属はありませんか？（事故や金属切断などの職業によるもの） | ある・ない | |
| 6 | 入れ墨・タトゥー・アートメイク・美容整形による金糸などありませんか？ | ある・ない | |
| 7 | 【女性の方】妊娠または妊娠の可能性はありませんか？ | ある・ない | |
| 8 | 心臓ペースメーカー・植込み型除細動器（※リード線も含む） | ある・ない | |
| 9 | 人工内耳 | ある・ない | |
| 10 | 質問8,9以外の植込み型電子機器 | ある・ない | MRI対応・非対応 |
| 11 | 歯科：歯列矯正器具・マグネット式入れ歯 | ある・ない | MRI対応・非対応 |
| 12 | 脳外科：血管治療（クリップ・コイル・ステント）・脳室シャントなど | ある・ない | MRI対応・非対応 |
| 13 | 循環器：動脈ステント・人工弁など | ある・ない | MRI対応・非対応 |
| 14 | 消化器内科：胆管ステント・CVポートなど | ある・ない | MRI対応・非対応 |
| 15 | 整形外科：人工関節・プレートワイヤー・インプラントなど | ある・ない | MRI対応・非対応 |
| 16 | 婦人科：避妊器具など | ある・ない | MRI対応・非対応 |

検査の必要性や危険性を説明し、患者様の同意が得られたため
MRI検査可能と判断し検査を依頼します。

年 月 日 医師

上記問診の記載に相違なく、検査の必要性と禁忌事項を理解した上で
検査を受けることに同意します。

年 月 日 患者氏名

代筆の場合 代筆者名 続柄（ ）

以下17~20の項目は検査当日に放射線科にて担当者が記入します

| | | |
|----|---|-------|
| 17 | 化粧・かつら・ウィッグ・増毛パウダー | ある・ない |
| 18 | 貼り薬・エレキバン・カイロ・鍼灸・ヒートテックなどの保温性下着 | ある・ない |
| 19 | コンタクトレンズ | ある・ない |
| 20 | 着脱可能金属・機械類（時計・アクセサリ・ヘアピン・金属のついた下着・衣類・補聴器・ 入れ歯・インスリンポンプ・持続グルコース測定器）など | ある・ない |

※医療機関の方へ 太枠内の記入が済みましたら、診療情報提供書とともにFAXして下さい。

※原本は患者様本人が検査当日に持参するようお願いします。