

MRI 検査を受けられる方へ

- ・ ID &tagPatNo& 氏名 &tagPatName& 生年月日 &tagPatBirth&
- ・ 検査日 &TagXrayStartDate& &TagXrayStartTime&

- ※ 検査当日は予約時間の 30 分前（造影検査の方は予約時間の 45 分前）までに再来機で受付を済ませ、**放射線受付（50 番）**までお越しください。
- ※ 検査中はお子様をお預かりすることはできません。付き添いの必要なお子様連れでいらっしゃるよう、お願いいたします。
- ※ 未成年で造影検査を受ける方は、保護者の同伴が必要になります。保護者が同伴されない場合は、検査を受けることはできません。

- ・ 検査結果説明日： 検査当日 ・ 後日（ 月 日）
- ・ 検査部位 :（ 単純 ・ 造影 ） （ 右 ・ 左 ）
- 【 頭部 ・ 頸部 ・ 頸椎 ・ 胸椎 ・ 腰椎 ・ 肩関節 ・ 肘関節 ・ 手関節 ・ 股関節 ・ 膝関節 ・ 足関節
腹部（ MRCP 肝臓 胆のう 膵臓 ）・ 骨盤腔（ 子宮 卵巣 前立腺 膀胱 ）・その他（ ）】

● 検査前の食事制限 （ あり ・ なし ）

※食事制限のある方は、**腹部（ MRCP 肝臓 胆嚢 膵臓 ）**検査を受ける方、または造影剤を使用して検査を受ける方です。

検査部位	方法
単純：腹部（MRCP 肝臓 胆嚢 膵臓）	・ 検査4時間前から絶食
造影：すべての部位	・ 水・お茶なら喉を潤す程度の飲水可能

※ 常用薬を服用中の方は、主治医の指示に従ってください。

※ 授乳中の方は、MRCP・造影検査を受ける場合、検査後 48 時間は授乳を控えてください。

● 排尿制限 （ あり ・ なし ）

※排尿制限のある方は、**前立腺・膀胱**の検査を受ける方です。

検査部位	方法
前立腺・膀胱	・ 検査30分前から排尿禁止

MRI 検査について

- 「MRI 検査」とは、強力な磁石でできた筒状の装置に入り、体内の状態を様々な角度から画像化する検査です。
- 検査時間は単純検査で 20～30 分、造影検査で 60 分程度です。検査時間が長いので、排尿制限の無い方は検査前に手洗いを済ませておいてください。
- 検査中は体を動かさないでください。体動により画像がブレてしまい、正確な診断の妨げになります。
- 検査時は非常用のブザーをお渡しします。閉所恐怖症の方、検査中の体調悪化や異常を感じた場合は、遠慮無くブザーを握ってお知らせください。
- 検査中は「ガーガー」「ドンドン」など、連続した非常に大きな音が鳴ります。ヘッドホンまたは耳栓を装着し検査を受けていただきます。

MRI 検査の重要事項

1. 検査不可項目 (MRI対応機種も含む)	下記の医療機器を装着している方は、MRI検査を行うことで使用機器や 身体に悪影響を及ぼす危険性があるため、検査を受けることはできません。
・心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、人工心臓弁（1970年以前のもの）、スワンガンツカテーテル	
・人工内耳、人工中耳	
・可変式脳室シャント、深部脳刺激装置、骨成長刺激装置、チタン製以外の脳動脈瘤クリップや頭蓋骨固定具	
・体内植込式インスリンポンプ・持続グルコース測定器等	
・磁力で付着する義眼、磁石式人工肛門	
・冠動脈・大動脈ステント挿入手術をしてから3ヶ月経過していない方	
・乳房再建ティッシュエキスパンダー、美容整形術による金属糸等	
・妊娠中またはその可能性のある方。※胎児への安全性が確立していないため	

2. 検査注意項目	下記の項目に当てはまる方は、検査に注意が必要です。
・手術や検査などで、検査不可項目以外の医療機器が体内に埋め込まれている →別紙のMRI検査前チェックシートで確認します。	
・仕事や軍事活動、けがや事故により体内に金属片や異物が入り込んでいる可能性がある →目の周囲や柔らかい組織に残っていると磁石に引き寄せられ大変危険です。可能性のある方はお申し出ください。	
・湿布や貼付剤【ニトロダーム（心臓のお薬）ニコチンパッチ（禁煙補助剤）など】を使用している →熱傷防止のため検査前に取り外していただきます。再貼付できない製品の場合は、新しい貼付剤をご持参ください。	
・歯科用磁性アタッチメント（磁性アタッチメント入れ歯）を使用している →土台が緩んでないか、かかりつけの歯科医院で確認してください。入れ歯が外せない場合は検査できません。	
・カラーコンタクトレンズ、サークルレンズ、マグネット式つけまつげを使用している →磁気に反応して熱を帯び、目に影響を及ぼす可能性があります。外して検査を受けてください。 コンタクトレンズ保存液を持参していない場合は、生理食塩水を有料（税抜100円）でお渡しします。	
・ネイルアート（パーツ・ラメ・マグネット・ジェル・ミラー・オーロラ等）をしている →火傷・変色・MRI装置の故障の危険性があります。金属の有無に関わらず、MRI検査ができません。 外した状態で検査を受けてください。	
・白髪染めスプレー、増毛パウダー、ヘアマスカラ、ヘアカールスプレーを使用している →小さな金属が含まれているため、火傷・MRI装置の故障の危険性があります。検査当日の使用はお控えください。	
・ヒートテックなどの暖くなる下着を着用している →撮影中は体が温くなり汗をかきやすくなります。その汗が原因となり火傷や紅斑をおこすことがあります。 検査着に着替えてから検査を受けていただきます。	

○検査室への持ち込み禁止物

・・・以下のものは検査室へ持ち込みできません。

※金属は吸着や発熱の危険があり電子機器は故障する恐れがあります。

金属類	アクセサリ、腕時計、ヘアピン、鍵、小銭、杖など
磁気カード	キャッシュカード、クレジットカード、ICカードなど
その他	スマートフォン、補聴器、電子機器類、かつら、ウィッグなど

＊ 検査のキャンセルや変更、ご心配な事がありましたら下記までご連絡下さい。

石岡第一病院 TEL 0299-22-5151

MRI 検査前チェックシート

検査日 &TagXrayStartDate& &TagXrayStartTime&

撮影部位（単純・造影）（右・左）

【頭部・頸部・頸椎・胸椎・腰椎・肩関節・肘関節・手関節・股関節・膝関節・足関節・腹部（MRCP 肝臓 膵臓 胆嚢）・骨盤腔（子宮 卵巣 前立腺 膀胱）・その他（ ）】

安全な検査を行うために以下の内容を確認します。患者記入欄にチェックを入れ、署名をお願いいたします

	確認項目	※患者記入欄※	検査担当者記入欄
禁忌（検査不可）	・心臓ペースメーカー・植込み型除細動器	あり□・なし□	あり□・なし□
	・人工心臓弁（1970年以前のもの）・スワンガンツカテーテル	あり□・なし□	あり□・なし□
	・人工内耳、人工中耳（蝸牛インプラントまたはその他の耳インプラント）	あり□・なし□	あり□・なし□
	・チタン製以外の脳動脈瘤クリップや頭蓋骨固定具 手術時期（ 年 月 ）	あり□・なし□	あり□・なし□
	・可変式脳室シャント（脳神経外科用材料）・深部脳刺激装置・骨成長刺激装置	あり□・なし□	あり□・なし□
	・体内植え込み式インスリンポンプ・持続グルコース測定器等	あり□・なし□	あり□・なし□
	・磁石で付着する義眼・磁石式人工肛門	あり□・なし□	あり□・なし□
	・術後3ヶ月経過していない冠動脈、大動脈ステント 手術時期（ 年 月 ）	あり□・なし□	あり□・なし□
	・乳房再建ティッシュエキスパンダー・美容整形術による金属糸等	あり□・なし□	あり□・なし□
	・妊娠中またはその可能性	あり□・なし□	あり□・なし□
	・ネイルアート ※金属の有無に関わらず	あり□・なし□	あり□・なし□
	・白髪染めスプレー・増毛パウダー・ヘアマスカラ・ヘアカラスプレー	あり□・なし□	あり□・なし□
素材の確認（検査注意）	・消化管の止血クリップ 治療時期（ 年 月 ）	あり□・なし□	あり□・なし□
	・気管や食道、胆管などのステント 手術時期（ 年 月 ）	あり□・なし□	あり□・なし□
	・整形外科のプレート、ボルト、人工関節 手術時期（ 年 月 ）	あり□・なし□	あり□・なし□
	・体内に金属片や異物が取り込まれている可能性	あり□・なし□	あり□・なし□
	・避妊具（ミレーナ・ノバT・FD-1等）	あり□・なし□	あり□・なし□
	・その他の手術をうけた事がある 部位（ ） 時期（ 年 月 ）	あり□・なし□	あり□・なし□
	・歯列矯正装置・歯科用磁性アタッチメント義歯	あり□・なし□	あり□・なし□
	・貼付剤（ニトロダーム、ニコチンパッチなど）・湿布	あり□・なし□	あり□・なし□
	・カラーコンタクトレンズ・サークルレンズ・マグネット式つけまつげ	あり□・なし□	あり□・なし□
	・刺青・化粧（アートメイク）・置き針	あり□・なし□	あり□・なし□
	・尿路用カテーテル（DIBキャップ） ※検査当日に交換します	あり□・なし□	あり□・なし□
	・閉所恐怖症	あり□・なし□	あり□・なし□
	・保温、保湿性機能のある機能性下着	あり□・なし□	あり□・なし□
	・腕時計やアクセサリ類・スマートフォン・補聴器・カード類	あり□・なし□	あり□・なし□

● MRCP検査を受ける方は確認してください ●

検査前に「ボースデル内溶液10」という経口造影剤を使用します。以下の項目にお答えください。

※①②にありのチェックがある方は主治医にご相談ください。	あり	なし
①. 以前この薬を使用したことがあり、かゆみ、発疹などのアレルギー症状を発症した	☐	☐
②. 消化管穿孔、またはその疑いがある	☐	☐
③. 現在、経口抗生物質、経口抗菌薬を服用している	☐	☐

患者氏名（自署）

問診確認者

保護者または代理人氏名

（続柄）

検査前確認者