

MRI・MRCP検査 説明書

氏名 _____ 生年 _____
月日 _____

MRI検査とは、トンネル状の磁石の中に入って行う検査です。通常、上を向いた状態(仰向け)で検査を行います(検査内容によって異なります)。検査中に大きな音がしますが、これは装置の性質上のもので痛みを伴うことはありません。また、磁気と電波を使用して検査を行いますので、放射線による被ばくはありません。MRI検査を安心して受けていただくための注意事項をご説明致します。

《注意事項》

1. 検査当日は食事をしていただいて構いません。ただし、医師からの指示があった場合は食事を控えていただく場合があります。
2. 服用中のお薬は、医師からの指示がない限り通常どおり服用してください。
3. 検査室内への金属類の持ち込みは厳禁となっています。

例) ヘアアクセサリ(ヘアピン、かつら)、眼鏡、コンタクトレンズ、義眼、補聴器、
装飾品(イヤリング、ピアス、ネックレス)、入れ歯(取り外し可能な義歯)、
下着(ブラジャー、スリッパ、ガードル)、時計、指輪、カギ、ライター、携帯電話、
財布(硬貨、定期券、キャッシュカード、テレホンカード)、使い捨てカイロ、湿布、
ピップエレキバンなど

※ 化粧品の中には微量に金属成分を含んでいるものもあるため、検査内容によっては化粧を落としていただく場合もあります。

4. 次のような方は検査ができない場合もありますので、必ず事前にお知らせください。
 - ◇ 手術を受けられた方で、脳動脈瘤クリップや人工関節などの金属が体内にある方
 - ◇ 仰向けの姿勢が取れない方
 - ◇ 刺青、アートメイク(タトゥー)をされている方(火傷の可能性があるため)
 - ◇ 狭い所、暗い所が苦手な方
 - ◇ 現在妊娠している、またはその可能性がある方
5. 検査時間は目的や検査部位により異なりますが、通常30分くらいです。
6. 検査中は体を動かさないようにしてください。
7. 検査中に気分が悪くなった時などは、検査開始時にブザーをお渡ししますのでブザーにてお知らせください。
8. 検査予約時間を厳守するよう最大限の努力をしておりますが、緊急検査や装置の事情により、検査が遅れることや、順番が前後することがあります。あらかじめご了承ください。

ご不明な点がございましたら、主治医または看護師・検査を担当する放射線技師にお尋ねください。
年 月 日 時に上記のとおり説明しました。

社会保険 直方病院 説明医師 _____

MRI・MRCP検査 問診票

◎ MRI検査を安全に受けていただくために、下記の項目について該当する方にチェックをお願い致します。

- 問1 以前に当院または他の医療機関でMRI検査を受けたことがありますか？ はい いいえ
- 問2 仰向けの(上を向いた)状態で30分程度姿勢を保持できますか？ はい いいえ
- 問3 心臓ペースメーカー、埋め込み式除細動器を使用していますか？ はい いいえ
- 問4 手術を受けたことがありますか？ はい いいえ
問4で「はい」と回答された方へ
- ・ 脳動脈瘤クリップ、ステント等の医療用金属が体内に入っていますか？ はい いいえ
 - ・ 人工関節等の金属が体内にありますか？ はい いいえ
 - ・ 義眼等を使用していますか？ はい いいえ
 - ・ 人工内耳等を使用していますか？ はい いいえ
 - ・ 持続注入器その他の電子機器を使用していますか？ はい いいえ
- 問5 旋盤などで金属を加工する職業に就いたことがありますか？ はい いいえ
- 問6 刺青、アートメイク等を施していますか？ はい いいえ
- 問7 金属片が体内に残っていますか？ はい いいえ
- 問8 針治療における体内針がありますか？ はい いいえ
- 問9 狭い所、暗い所が苦手ですか？ はい いいえ
- 問10 女性の方のみお答えください。
・ 現在妊娠している、またはその可能性がありますか？ はい いいえ
※ 妊娠の可能性がある場合は、検査を延期または中止する可能性があることをご承知ください。
・ 現在授乳中ですか？ はい いいえ
- 問11 MRCP検査の方のみお答えください。
鉄過敏症(ヘモクロマトーシス)、鉄過敏症等の病気にかかっていますか？ はい いいえ

MRI・MRCP検査 同意書

社会保険 直方病院 院長 殿

該当する項目にチェックしてください。

私は、MRI検査について説明を受け、検査担当者の指示に従い検査を受けることに同意致します。また、問診票の記載に相違ありません。
(同意された場合でも、いつでも撤回することができます。)

私は、MRI検査について説明を受けましたが、MRI検査を受けることを拒否致します。
同意書は体調に特別な変化がない限り、3ヶ月間有効とさせていただきます。

年 月 日 署名 患者名 _____

同意人(要保護者・未成年者の場合) _____ 続柄() _____