ＭＲＩ検査を受けられる方へ

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

検査日時　　月　　日　　曜日

＿＿＿＿＿時　　分＿＿＿＿＿

※ 検査の 30 分前に受付を済ませて下さい。当日は予約時間より多少ずれることがあります。ご了承ください。

部位			造影剤	
	頭･頸部	脊椎（髄）		あり（食事制限あり）
	胸部	上肢		なし
	腹部（食事制限あり）	下肢		

この検査は、強力な磁石を使って体の内部構造を画像化する検査です。検査台に寝ていただき、装置の中に入ります。検査中はいろいろな種類の大きな音がします。時間は検査部位や内容によりますが、20 分～60 分かかります。正確な診断のために検査中は動かないようにお願いします。

検査当日は総合受付にお越しください。紹介状と問診票、保険証をお持ちください。

≪注意していただくこと。必ずお読みください≫

＊ 検査前の食事について（腹部ＭＲＩの場合も造影剤検査と同じようにして下さい）

造影剤検査の場合　午前の検査：朝食とれません　午後の検査：昼食とれません

糖尿病薬を服用中の方は、お食事を取らない時は休薬して下さい

＊ 検査室内に入るときは補聴器、入れ歯、時計、携帯電話、指輪、カイロ、エレキバンなどの磁石・金属類、磁気カード(キャッシュカードなど)は安全のためにすべてお預かりいたします。

＊ 化粧品・入れ墨には金属を含んでいるものが多くあります。お化粧・整髪料はご遠慮ください。入れ墨のある方は必ず事前にお知らせください。

＊ コンタクトレンズを装着した状態では MRI 検査を受けて頂けません。
(裏面、「コンタクトレンズを使用される方へ」をお読みください。)

＊ ペースメーカーが入っている方、手術で体内に金属が入っている方、DIB キャップを装着している方など、この検査を受けられない方もいます。安全のために問診票の質問に必ずお答えください。

＊ 当院でＭＲＩ可能のペースメーカーを導入された方は、**「ペースメーカー手帳」「条件付きＭＲＩ対応カード」**を必ず持参して下さい。(検査直前のペースメーカーチェック結果によっては検査ができない場合がありますので、ご承知おき下さい)

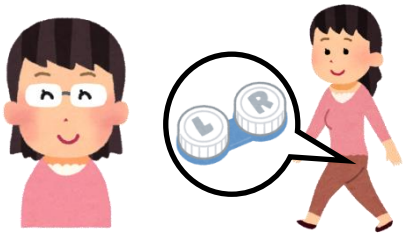
＊ 妊娠している方、妊娠している可能性のある方は必ず事前にお知らせください。

＊ 狭いところが苦手な方は、あらかじめご相談ください。

松本協立病院　松本市巾上9-26　℡ 0263-35－6999(連携室直通)

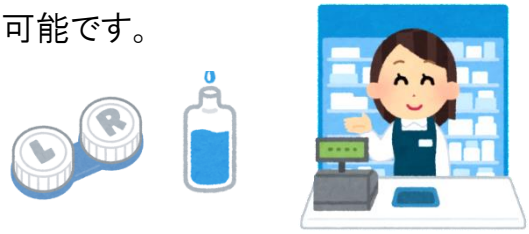
コンタクトレンズを使用されている方へ
（カラーコンタクトレンズ等を含むすべてのコンタクトレンズが対象です）

当院ではコンタクトレンズを装着した状態で MRI 検査を受けていただくことはできません



MRI検査当日はメガネで来院していただくか、
御自身でコンタクトレンズ容器一式を準備していただき、
検査前にコンタクトレンズを外していただきます。

コンタクトレンズ容器一式は院内売店で購入することも可能です。
（価格：110 円～）



MRI検査は非常に強い磁石を使った特殊な検査です。
MRI検査室内に金属を持ち込んでしまうと、磁石に強く引き寄せられる、発熱する等の危険があります。そのためMRI検査の際は、衣類や装飾品等で金属類または原材料に金属を使用している可能性のあるものは取り外していただいています。

コンタクトレンズ製品の中にはレンズの材料に着色剤を使用しているものがあります。
一部の着色剤では金属を原材料に使用している場合があり、そのコンタクトレンズを装着したままMRI検査を受けたことで目に怪我を負ってしまった事例が実際に報告されています。

当院ではより安全に検査をおこなうために、MRI 検査を受ける方にはコンタクトレンズを外していただくことになりました。コンタクトレンズを装着したままでの検査を希望された場合、検査を受けられないことがあります。
御不便をおかけしますが、安全に検査をおこなうために御理解、御協力をお願いします。

検査についてわからない事、心配な事などありましたらお気軽に職員にお尋ねください。

松本協立病院　地域医療福連携室　　TEL　0263-35-6999

松本協立病院用　MRI検査問診票

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

体内に**金属（磁性体）**が入っている方など、検査をうけられない方もいます。
検査室内は非常に強い磁場の力が働いており、室内への金属類の持込は大変危険です。
安全な検査のために下記の質問にお答え下さい。

1	**MRIを受けるのは初めてですか？**	**はい**	**いいえ**
2	**体重を教えてください。**	（　　）	**kg**
3	**手術などで体内に金属はありますか？** **※はいの場合：部位(　　)　時期(　　)**	**はい**	**いいえ**
4	**心臓ペースメーカーや除細動器(ICD)が入っていますか？**	**はい**	**いいえ**
5	**DIBキャップを装着してますか？** **(バルーンカテーテルに装着し、バックが不要で排尿できる医療製品です。)**	**はい**	**いいえ**
6	**脳室シャントはありますか？** **(ある場合には当院では検査することができません。)**	**はい**	**いいえ**
7	**最近、内視鏡検査でポリープ切除等、クリップで止血しましたか？** **(残存しているとMRI検査できないことがあります。)**	**はい**	**いいえ**
8	**金属を削るお仕事をしたことがありますか？**	**はい**	**いいえ**
9	**入れ歯はありますか？**	**はい**	**いいえ**
10	**補聴器をされていますか？**	**はい**	**いいえ**
11	**入れ墨はありますか？**	**はい**	**いいえ**
12	**コンタクトレンズはされていますか？** **※はいの場合：別紙案内(コンタクトレンズを使用される方へ)をお読みください。**	**はい**	**いいえ**
13	**戦争へ行かれるなど、体内に弾片が残っている可能性はありますか？**	**はい**	**いいえ**
14	**気管支ぜんそく、その他アレルギーがありますか？** **※はいの場合：　ぜんそく　　その他（　　）**	**はい**	**いいえ**
15	**両親、兄弟に気管支ぜんそく、その他アレルギーがありますか？** **※はいの場合：　ぜんそく　　その他（　　）**	**はい**	**いいえ**
16	**狭い場所が怖いですか？**	**はい**	**いいえ**
	以下、女性の方へお聞きします。		
17	**妊娠中、あるいは妊娠している可能性はありますか？**	**はい**	**いいえ**
18	**授乳中ですか？**	**はい**	**いいえ**