



放射線科

# 検査オリエンテーション用紙

## MRI 検査 を受けられる方へ

名前：	様	予約時間	年	月	日
		< 午前・午後 >	:		
当日は					
< 午前・午後 >		:	までに		放射線科受付へお越しください
◇◆◇ 検査予約票・MRI説明用紙&同意書・検査確認票 をお出しください					

### 検査の目的

身体を輪切りにした状態の断層撮影を行い病変の有無を調べます。

### 所要時間

15分～60分

### 検査場所

放射線科

### 食事について

特に制限はありません。

### 水分について

特に制限はありません。

### お薬について

特に制限はありません。

### 注意事項

- 磁気を使用した装置の為、金属類を持ち込むことができません。説明書をご覧ください。
- 金属のついたお洋服(ファスナーなど)やワイヤー入りの下着は検査に影響が出ますので避けてください。

検査について不明な点や、検査後に体調の変化等ございましたら遠慮なく右記までお尋ねください。

留萌市立病院 患者支援センター

電話：0164-49-1011(内線1030)

\* 開始時間が状況により前後することもありますのでご了承下さい。

\* 予約時間に来院できない場合はご連絡ください。

# MRI検査を安全に行うために

MRIは“Magnetic Resonance Imaging”の略で磁気共鳴装置と呼ばれています。強力な磁場とラジオ波と呼ばれる電波を使い、体の内部の状態を様々な方向から断面図として画像化する検査です。放射線を使用しない検査のため、被ばくの心配がありません。

## 検査前の注意点

※ **金属製品** や **磁気カード** などは持ち込みできません

万が一持ち込まれた場合は、機器の破壊や故障、また人体においてもやけどや金属の移動など大変重大な事故を引き起こす恐れがあります。

### ● 金属小物



鍵、クリップ、筆記用具ライターなど

### ● 精密機器・電子機器



時計、携帯電話、カメラ  
携帯型オーディオなど

### ● 磁気記録媒体



キャッシュカード(磁気カード)、通帳など

### ● 装身具



入れ歯、メガネ、補聴器、ピアス  
ヘアピン、指輪など

### ● その他

入れ墨/  
アートメイク/  
お化粧品(稀に金属含有の化粧品あり)/  
磁気絆創膏/  
カイロなど

以下に当てはまる方は、検査を受けられない場合があります。医師、看護師にお申し出ください。

### ■ 体内金属がある

・心臓ペースメーカー  
・脳動脈クリップ  
・磁石を使用した歯科用インプラント

・人工内耳  
・人工関節  
・プレート

… など

### ■ 妊娠中・授乳中

### ■ 狭いところが極端に苦手な方(閉所恐怖症)

## 検査のながれ

検査所要時間：15～60分



- ★ 検査室に入ってからベッドに横たわり、筒状の機械の中に入ります
- ★ 撮影が始まると、「ドンドン」「ガーガー」と大きな音が出ますが異常ではありません。
- ★ 圧迫感のある中での撮影となりますが、体を動かさないでください。
- ★ 検査時間が長時間に及ぶ場合があります。検査前にお手洗いをお済ませください。

### <検査依頼施設記入>

患者氏名：

さんに対し、上記について説明を行いました。

医療機関名：

検査依頼医師：

### <患者記入>

MRI検査の目的や内容についての説明等を受け、MRI検査を受けることに同意します。

患者氏名  
(代諾者・続柄)

年 月 日

検査について不明な点や、検査後に体調の変化等ございましたら  
遠慮なく右記までお尋ねください。

留萌市立病院 患者支援センター

電話：0164-49-1011(内線1030)

## MRI検査確認票（検査時毎回必要）

生年月日：	年 月 日	体重（必須情報）
市立病院ID：		
名前：	様	kg
★ 特記事項		

検査日	年 月 日
問診確認者	
検査担当技師	

## 体内異物・金属などの確認

- |                      |                |
|----------------------|----------------|
| ● 心臓ペースメーカー          | あり・なし          |
| ● 人工内耳などの体内電子装置・補聴器  | あり・なし          |
| ● 銃弾破片・鉄片などによる外傷の既往  | あり・なし          |
| ● 脳動脈クリップ（くも膜下出血の手術） | あり・なし（手術日 年 月） |
| ● 人工心臓弁              | あり・なし（手術日 年 月） |
| ● 現在カプセル内視鏡が体内にある可能性 | あり・なし          |
| ● 閉所恐怖症              | あり・なし          |
| ● 妊娠中、妊娠の可能性、または授乳中  | あり・なし          |

★ 以下のものが体内にある、または身に着けている場合は✓を入れてください。

手術・処置	<input type="checkbox"/> 人工骨頭/人工関節	<input type="checkbox"/> 手術クリップ	<input type="checkbox"/> 消化管クリップ	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> スクリュー/ボルト/プレート	<input type="checkbox"/> ステント留置	<input type="checkbox"/> 胸骨ワイヤー	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 歯科用インプラント(磁石式)	<input type="checkbox"/> 避妊リング	<input type="checkbox"/> 血管内コイル	<input type="checkbox"/>
その他	<input type="checkbox"/> 貼る心臓の薬	<input type="checkbox"/> 義眼	<input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ	<input type="checkbox"/> 持続自己血糖測定器
	<input type="checkbox"/> 増毛パウダー	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> 保温インナー	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 鍼治療の鍼	<input type="checkbox"/> お化粧品	<input type="checkbox"/> カイロ、湿布、エレキバン	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 入れ墨(アイライン、眉含む)		<input type="checkbox"/> 衣類・下着に金属製品	<input type="checkbox"/>

- |                 |                               |                                 |                                 |
|-----------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ● この問診票を記入したひと  | <input type="checkbox"/> 本人   | <input type="checkbox"/> 看護師    | <input type="checkbox"/> その他( ) |
| ● MRI検査同意書へのサイン | <input type="checkbox"/> しました | <input type="checkbox"/> していません |                                 |