

● 検査を受けられる方へ ●

様

平成 年 月 日 ()

午前 ・ 午後 時 分

MRI ・ CT ・ 骨塩定量

- ・ 初診の方は受付に時間がかかりますので検査開始 20分前にはご来院ください。
- ・ 上記時間に来院できないときは、お手数ですが早めのご連絡をいただきますようお願いいたします。ご連絡頂けない場合、予定時刻より10分経過で次の検査を優先させて頂く場合がございます。
- ・ 救急など都合により検査時刻が前後することがあります。ご了承ください。
- ・ **検査案内、診療情報提供書、保険証**ならびに**各種受給者証**を必ず持参してください。
- ・ 特殊な検査のため別紙の検査説明を必ずお読みになってください。
- ・ 検査終了後、会計時に検査データをお渡しします。
- ・ ご不明な点がございましたら、お気軽に当院放射線室までお問い合わせください。



医療法人 社団 楓会
林 病院

整形外科・内科・麻酔科・リハビリテーション科
〒730-0029 広島市中区三川町3-8
Tel 082-248-0600 Fax 082-240-8801



● MRI検査に関する説明書 ●

◆ MRI検査について

- ・ 強い磁石と電磁波を用いて撮像する検査です。放射線被曝のない安全な検査といわれています。
- ・ 検査は長いトンネルの中で、工事現場のような様々な機械音を出しながら断片的に撮影を行います。
- ・ 動きに弱い検査なので、正確な画像を得るために出来るだけ体を動かさないようにしてください。
- ・ 検査時間はおおよそ30～40分程度です。御手洗いは事前に済ませておいてください。
- ・ 安全に検査を行うために事前の問診や着替えをしていただきます。
- ・ モニタによる監視も行っておりますが、検査中は担当者への合図のためブザーを握っておいてもらいます。気分が悪くなったり、異常を感じた場合、我慢なさらずにお知らせください。
- ・ 検査費用は3割負担の方で約9000円かかります（部位や内容によって異なります）。

◆ 注意点

- ☆ MRI検査ではその特性のために検査を行うことで生命に影響を及ぼす危険な場合もございます。

体内電子機器、体内金属などございましたら必ずスタッフにお申し付けください。

安全に検査を受けていただくためにも問診には正確にお答えください。

検査当日の問診時にMRI検査の禁忌事項が判明した場合には、検査を中止せざるを得ない場合があることをご理解くださいますようお願い申し上げます。

- ☆ 以下のものは、火傷や吸着事故、画像への影響や、故障の原因となりますので検査室内に持ち込むことはできません。検査前に取り外してロッカーに収納をお願いいたします。

- ・ 装飾品 … 化粧品（マスカラ、アイシャドーなど）、カラーコンタクト、アクセサリ類、カツラ、ウィッグ、ヘアピン、ネイルアート、つけ爪など
- ・ 衣類 … チャック、ファスナー、ホック、ボタンの付いた衣類や下着、機能性下着など
- ・ 身につけるもの … 補聴器、メガネ、マスク、腕時計、カイロ、エレキバン、貼り薬など
- ・ その他 … 携帯電話、財布、磁気カード（クレジットカード、キャッシュカード、イコカ、パスピーなど）、鍵、ライターなど

※ 電子機器や磁気カードは検査室内に持ち込むと故障や使えなくなることがあります。その場合、当院では責任は負いかねますのでご了承ください。

※ ご不明の点などありましたら、ご遠慮なく当院、放射線室までご連絡ください。



医療法人 社団 楓会

林 病 院

整形外科・内科・麻酔科・リハビリテーション科
〒730-0029 広島市中区三川町3-8
Tel 082-248-0600 Fax 082-240-8801

● MRI 検査 依頼票 (診療情報提供書) ●

検査予定日時	
平成	年 月 日 () :

患者情報	
氏名:	様
生年月日:	M T S H 年 月 日
性別: 男 女	年齢: 才
緊急連絡先:	- -

依頼元	
医療機関名:	
診療科:	
ご担当医師:	先生
TEL:	- -
FAX:	- -

画像媒体	<input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> フィルム	読影	要 (<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送) <input type="checkbox"/> 不要
------	---	----	--

検査部位 (原則として1検査1部位とします)	
・ 頭部	<input type="checkbox"/> 頭部
・ 胸部	※ 準備中のため受けつけておりません。お問い合わせください。
・ 腹部	※ 準備中のため受けつけておりません。お問い合わせください。
・ 骨盤	<input type="checkbox"/> 骨盤 (骨)
・ 脊椎	<input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 胸腰椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙尾骨
・ 上肢	右・左 <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 指 ()
・ 下肢	右・左 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 足趾 ()
・ その他	()

臨床診断・検査目的・検査方法など (出来るだけ詳細にお願いします)

● M R I 検査問診票 ●

※ MRI 検査を安全に行うために、以下の質問に正確にお答えください。
(検査当日の状況をご記入ください。)

1. 現在の身長、体重を教えてください。	身長	cm	体重	kg
2. 最後にMRI検査を受けたのはいつですか？	<input type="checkbox"/>	初めて	<input type="checkbox"/>	年頃
3. 以下のような体内電子機器はありますか？ ペースメーカー、除細動器、人工内耳、神経刺激装置など			はい	いいえ
4. 以下のような体内金属はありますか？ 脳動脈クリップ、人工心臓弁、ステント、フィルター、 整形手術素材（人工関節、ワイヤー、プレートなど）、義眼、義肢			はい	いいえ
5. 上記以外に体内金属がありましたら記入ください。 ()				
6. 妊娠または妊娠の可能性はありますか？	→	安全性の非確立	はい	いいえ
7. 鉄工所での勤務経験はありますか？	→	眼内金属の可能性	はい	いいえ
8. 入れ墨・アートメイクはありますか？	→	火傷、変色の恐れ	はい	いいえ
9. カラーコンタクトはしていますか？	→	眼を傷つける恐れ	はい	いいえ
10. 磁石を使った義歯はありますか？	→	磁力低下の恐れ	はい	いいえ
11. 以下の貼り薬をしていますか？ ニトロダームTTS、ニコチネルTTS、ニュープロパッチ、ノルспанテープ	→	火傷の恐れ	はい	いいえ
12. 補聴器、カツラ、ウィッグ、爪の装飾はありますか？			はい	いいえ
13. 閉所恐怖症ですか？			はい	いいえ
14. 30～40分程度の静止は可能ですか？	はい	いいえ	わからない	
15. 検査を受けるうえで何か気になること、心配なことがありましたらご記入ください。 ()				

私はMRI検査について説明を受け、必要性・安全性を理解し、検査を受けることに同意します。

記入日：平成 年 月 日 記入者：

本人以外が記入した場合（続柄： ）