

紹介元医療機関の医師より説明を受け、必要事項をご記入ください。

検査当日持参してください。

【 MRI 検査説明書 】

患者氏名： _____ 様

検査予約日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

① MRI 検査とは

MRI 検査とは、検査部位にコイルと呼ばれる器具を装着し、強い磁場を有する狭いトンネル状の装置に入り体の内部を画像化する検査で、放射線被ばくはありません。

検査中、大きな音がするためヘッドホン又は耳栓を使用することがあります。検査時間はおよそ 20～30 分程度です。



② 検査当日の食事・水分・お薬について

* 該当する項目にチェックを入れ、患者さんへ説明を行ってください。

- いつも通りお食事をしてください。
- 「上腹部 MRCP」の検査は、検査予約時間の 4 時間前より食事を、2 時間前より水分をお控えください。
- 原則、お薬は服用してください。

② この医療行為に変わる選択肢とその利益と危険性

- ・他の選択肢
CT 検査、超音波検査など。
- ・この医療行為を行わなかった場合の利益と危険性
病状の正確な診断ができない場合があります。

③ 注意事項

検査当日は、なるべく金属がない服装で来院してください。緊急を要する患者さんの検査等で検査開始が遅れることがあります。予めご了承ください。

【連絡先】

岐阜市民病院 地域連携室
058-251-1101 (内線 4325)

単純MRI検査問診票

患者氏名： _____

記入者名： _____

本人以外が記載した場合(続柄又は関係)： _____)

※ MRI 検査を安全に行うために、患者さん(代理人)は以下の質問にお答えください

1. 体内に以下の医療用の機器、または金属はありますか。

該当する項目に☑をつけてください。



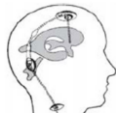
- 心臓ペースメーカー
- 植込み型除細動器
- 心臓や血管内の金属物や人工物(ステント等) (手術 _____ 年頃)
- 人工心臓弁
- 植込み型心電計



- 人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置
- 脳動脈瘤クリップ(くも膜下出血の手術) (手術 _____ 年頃)
- 埋込み型神経刺激装置



- 持続グルコース測定器 (部位 _____)
(装着日 _____)



- 脳外科用シャントチューブ
(脳室シャント：水頭症の手術)



- 内視鏡の止血クリップ (_____ 年 _____ 月)



- 整形外科の手術で使用された金属固定具 (部位 _____)
(ボルト、スクリュー、プレートなど) (装着日 _____)

- 上記以外の金属や医療機器 (_____)

2. 刺青(イレズミ)、アートメイクをしていますか。 いいえ はい

3. 下記のものをしていますか。 いいえ はい

入れ歯 補聴器 カラーコンタクトレンズ 尿道カテーテル 義手・義足

4. 貼り薬を貼っていますか。 いいえ はい

5. 狭いところが苦手と感じたことがありますか。 いいえ はい

6. 今までにMRI検査を受けたことがありますか。 いいえ はい

7. 一人での検査着の着替えに不安はありますか。 いいえ はい

8. 妊娠をしている可能性はありますか。(女性の方のみ) いいえ はい