

MRI 検査説明書

安全に検査を行うために下記の説明をお読みいただき、
別紙の『MRI 検査問診票』をご記入下さい。

● MRI 検査ってどんな検査？

MRI は、強い磁場と電磁波を使って行う検査です。
検査中は、大きな音がします。

● 検査時間について

検査時間は約30分程度です。検査中は動くことができません。
検査前には、トイレをお済ませ下さい。

● 注意事項

*手術や治療等で医療機器・金属が体内にある方や、妊娠中または可能性のある方など、問診票の結果によっては検査が受けられない場合もあります。

*頭部の撮影の場合、化粧（アイライン、マスカラなど）は製品によりますが、火傷の原因や画質の低下させる可能性があるため検査当日はお控えください。

*腹部の撮影の場合、検査 4 時間前からの食事、1 時間前からの飲水はお控え下さい。
また、鉄剤および鉄サプリメントは、検査前日より服用はお控えください。（画像が乱れる恐れあり）

※検査前には、身に付けている貴金属類は外して頂きます。ご協力をお願いします。

アクセサリ類 ヘアピン かつら（ヘアウィッグ含む） カラーコンタクトレンズ めがね
時計 携帯電話 磁気カード 補聴器 エレキバン 使い捨てカイロ 入れ歯 義手 義足
義眼 貼り薬（湿布、ニコチネル、ニトロダームなど） など

※当院では下記の医療機器・金属が体内にある場合、原則検査は受けられません。

心臓ペースメーカー 埋込型除細動器 年代不明な脳動脈クリップ 人工内耳 神経刺激装置
圧可変式シャントバルブ 深部脳刺激装置（DBS） 脊髄刺激装置（SCS） 内視鏡止血クリップ
金属製の義眼 金属の破片 弾丸 磁性アタッチメント義歯 歯科矯正 骨成長刺激装置
埋込型インスリンポンプ 条件付 MRI 対応不整脈デバイス 磁石式人工肛門 など

検査に関することやご不明の点がございましたら、クリニックにご連絡ください

新健幸クリニック 098-861-5700

月～金 9:00～16:00

土 9:00～11:30

検査日時 年 月 日 時 分

ID: 氏名: 生年月日 年 月 日

体重 kg

安全に検査を受けていただくために、質問にお答えください。

- (1) 過去に、MRI 検査受けたことがありますか。 はい いいえ
- (2) 心臓ペースメーカーを使用していますか。(禁忌) はい いいえ
- (3) 埋込型除細動器(ICD)を使用していますか。(禁忌) はい いいえ
- (4) 人工内耳を使用していますか。(禁忌) はい いいえ
- (5) 水頭症シャントバルブが入っていますか。(禁忌) はい いいえ
- (6) 脳動脈クリップが入っていますか。(要確認) はい いいえ
いつ・どこで ()
- (7) 過去に、手術や治療等で体内に金属が入っていますか。 はい いいえ
〔ステント コイル フィルタなど〕
- (8) 体内に金属がある、または言われたことがありますか。 はい いいえ
〔 〕
- (9) 最近(1週間以内)、内視鏡検査で止血クリップを使用しましたか。 はい いいえ
わからない場合は“はい”にチェックしてください
- (10) 歯科矯正ブリッジ 磁石式インプラントを使用していますか。 はい いいえ
- (11) 義眼・義手・義足・補聴器・入れ歯など使用していますか。 はい いいえ
- (12) 刺青やアートメイクしていますか。 はい いいえ
- (13) 狭い場所で気分が悪くなったこと(閉所恐怖症)はありますか。 はい いいえ
- (14) 現在、鉄剤(サプリメント)などを服用していますか。 はい いいえ
- (15) 現在、妊娠中またはその可能性はありますか。 はい いいえ

MRI 検査同意書

私は、検査内容とその必要性、危険性の説明を聞き、問診を受けました。
その上で今回の検査の実施に同意いたします。

記入日 年 月 日

本人または代理人 (続柄) ご署名

依頼医師署名

技師サイン:

新健幸クリニック 098-861-5700 2023.9 改訂