

主治医の先生へ

検査の流れ・ご予約について

当院のMRI検査のご予約につきましては下記のとおりです。

MRI検査のご依頼	
お問い合わせ	TEL : 03-5615-2111 (代表)
受付時間	月曜～金曜 9 : 00～16 : 00
	土曜 9 : 00～11 : 00
	※日曜・祝日を除く

代表電話にお掛けいただき、ガイダンスにしたがってご希望の番号を押してください。

2番「医療福祉機関・薬局からのお問い合わせ」→5番「MRIなど放射線予約のご依頼」の順に番号を押していただくと、放射線科に繋がります。

MRI検査に必要な情報等をお聞きしながら予約をお取りいたします。

予約が終わりましたら「診療情報提供書（MRI検査依頼票）」「MRI検査の問診票」を当院ホームページよりダウンロードの上、必要事項をご記入ください。

また「MRI検査の説明書」（患者様控え）にも患者氏名、検査日時をご記入の上、患者さんにお渡しください。

検査当日には「診療情報提供書（MRI検査依頼票）」「MRI検査の問診票」と「健康保険証」をお持ちいただき、検査時間の30分前までにご来院いただくようにご説明ください。

検査当日の流れ

- ・受付
- ・MRI検査（検査衣に着替える）
- ・当院での会計

* 検査結果は後日、画像データと共に貴院に郵送いたします。

* 「診療情報提供書（MRI検査依頼票）」「MRI検査の問診票」「MRI検査の説明書」（患者様控え）等は当院ホームページよりダウンロードできます。

診療情報提供書 《MRI検査依頼票》

***非造影検査です**
造影検査は行っていません

検査日： 年 月 日 時 分

フリガナ	
氏名	様
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生
性別	男 ・ 女

紹介元医療機関 (名称等)	
ご担当医師名	

◎撮像部位の左枠□に☑を入れてください(複数☑原則不可)

◎下記以外の指示は「その他」に記入してください

<input type="checkbox"/>	頭 部
<input type="checkbox"/>	頭 部 (頸動脈MRA含む)
<input type="checkbox"/>	頸 部
<input type="checkbox"/>	胆嚢・胆道 (MRCP)
<input type="checkbox"/>	子宮・卵巣
<input type="checkbox"/>	前立腺

<input type="checkbox"/>	下肢MRA 右 ・ 左 ・ 両
<input type="checkbox"/>	頸 椎
<input type="checkbox"/>	胸 椎
<input type="checkbox"/>	腰 椎
<input type="checkbox"/>	仙 椎
<input type="checkbox"/>	股関節 右 ・ 左 ・ 両

<input type="checkbox"/>	肩関節 ・ 上 腕 (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	肘 関 節 (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	前 腕 (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	手 関 節 (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	手・指 () (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	大 腿 (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	膝 関 節 (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	下 腿 (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	足 関 節 (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	足・趾 () (右 ・ 左)
<input type="checkbox"/>	その他

検査目的・臨床情報・紹介目的

検査の禁忌事項・患者情報	
必須項目	身長〔 cm〕 体重〔 kg〕
禁忌事項	心臓ペースメーカー
	人工内耳
	その他体内金属 (脳動脈瘤クリップなど)
	閉所恐怖症
	体重100kg以上
その他注意事項	

- 検査当日のCD受け取り
- 読影レポート希望 (後日お渡し)

患者氏名

様

MRI検査の問診票

検査日： 年 月 日 時 分

検査当日は、検査時間の30分前においでください。
必要書類を持参し受付を行ってください。

検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。
ご不明な点は、医師又は看護師にお尋ねください。

1. 今までにMRI検査を受けたことがありますか はい いいえ
2. 体内に心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器等ありますか 無 有
3. 体内に人工内耳、神経刺激装置、圧可変式V-Pシャント等ありますか 無 有
4. 脊柱管内リード線、脊髄刺激装置等ありますか 無 有
5. 今までに手術や外傷などで体内に金属が入ってますか 無 有
体内金属がある場合具体的に教えてください（ ）
6. 入れ墨、アートメイク等ありますか 無 有
7. 閉所恐怖症はありますか 無 有
8. 女性の方で現在妊娠、妊娠の可能性がありますか 無 有

年 月 日

患者氏名

同席者氏名

患者との続柄・関係（ ）

○依頼医療機関医師記入欄

上記2～4の問診において「有」にチェックがある場合は、MRI検査は出来ません。
上記5～8の問診において「有」にチェックがある場合で、MRI検査行う場合は
必ず注意事項と検査の必要性を説明したうえで下部☑してください。

検査可

問診の内容を検討した結果、MRI検査に支障がないものと判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

MRI検査の説明書

検査日： 年 月 日 時 分

検査当日は、検査時間の30分前においでください。
必要書類を持参し受付を行ってください。

【MRI検査とは】

MRIは強い磁石と電磁波を使って、身体の内部の状態を診る検査です。

検査のベッドに寝ていただき、検査部位にコイルという装置を装着します。

この時体が動かないように固定を行います。

検査時間は部位によって異なりますが、20分から1時間程度です。

検査中は『トントン』や『ガー』など大きな音と振動があります。

画像がブレますので検査が始まったら体を動かさないようにお願いします。

検査中ベッドが動きますので、指等を挟まないようにご注意ください。

検査中まれに低周波治療器のようなピリピリした刺激を感じる場合がありますが、一時的なものですのでご安心ください。

胸部や腹部の検査では20秒程度息を止めていただくことがあります。

***腹部では検査前4時間は食事を食べないでください（お茶や水などの糖分のない水分補給は可能）**

皮膚同士が触れ合うと微弱な電気が流れ、やけどの危険性がある為、検査中は手足を組まないようにお願いいたします。

もし、検査中に気分が悪くなった場合はブザーでお知らせください。

【MRI検査の注意事項】

1. 以下に該当する方は検査が**出来ません**。問題なければ☑を記入してください。

・体内および体外に電子機器のある方

① 心臓ペースメーカー

② 植え込み型除細動器(ICD)

③ 両心室ペースメーカー(CRT)

④ 人工内耳

⑤ 神経刺激装置、脊柱管内リード線、脊髄刺激装置など

・体内に手術や事故等で金属類の存在する可能性のある方（MRI非対応体内金属）
（インプラント、ステント、脳動脈クリップ）

・妊娠初期（14週未満）の方

・強度の閉所恐怖症の方

2. 以下の該当するものを付けている方は検査が**出来ないことがあります**。

- ・ 刺青、アートメイク等は火傷や変色の可能性があります但同意していただければ可能です。
- ・ 酸化鉄が含まれているアイメイクや増毛スプレーを使用の方。
- * 化粧品のなかに金属を含んでいるものがある為、化粧を落としていただくことがあります。
特にアイシャドウ・マスカラの使用はお控えください。また、一部の増毛スプレーにも酸化鉄を使った物がありますので検査当日はお控えください。
ここに記載したものは一例ですので、ご不明な点などありましたら検査前にスタッフへおたずねください。

3. 以下に挙げるものは、検査室に持ち込めません。

事前に取り外していただきます

金属類	時計、めがね、かぎ、ライター、ヘアピン、 磁石に付く指輪・ネックレス・ピアス、 お金、衣服のチャック・ホック等
磁気メディア	病院の診察券、キャッシュカード、クレジットカード、 テレホンカード、定期券、 磁石を使った健康器具等
その他	磁力で固定する義歯、その他取り外しが可能な義歯、補聴器、 使い捨てカイロ、エレキバン、携帯電話、杖（松葉杖を含む） コルセット等 * コンタクトレンズ （検査当日はケースをご持参いただくか、めがねをご使用ください） ※ 吸湿発熱繊維（ヒートテック等）の衣服は高熱となる恐れがあります

4. 腹部検査の方のみ

当日朝食不可 当日昼食不可