

# MRI検査 予約用紙 (患者様用)

検査日 年 月 日 曜日 午前:午後 時 分

ID:	保険 国 社 労 事 生 他	独歩・車椅子・ベット
フリガナ		外来・入院( )号室
氏 名	様	
平・昭・大・明	年 月 日生	歳
		紹介医療機関

のMRI検査をおこないます

- 当日、予約時間の20分程前にご来院下さい。
- この **用紙** は、**受付** にお渡し下さい。

- ① 当日、検査時刻に遅れたり、来院できない場合は、必ずご連絡ください。
- ② 検査時間は、およそ30~50分です（造影検査の場合はもう少し時間がかかります。）
- ③ 検査は予約制ですが救急患者を優先する場合があります、検査開始時間が遅れることがありますのでご理解戴きますようお願いいたします。
- ④ ご不明な点がございましたら、当院までお問い合わせ下さい。

## MRI（磁器共鳴コンピュータ断層像）検査を受けられる患者さまへ

- ・MRIは、エックス線を使わずに強い磁石と電波を使って、身体の断面像を撮る検査です。
- ・検査中コンコンと連動音が聞こえますが心配いりません。
- ・検査中は身体を動かさないようご協力ください。
- ・人体には無害なことが確かめられていますので、安心して検査を受けてください。

### 【注意事項】

#### ★次の方は医師にご相談ください

- ① 心臓ペースメーカーを装着されている方
- ② 人工中耳、人工内耳の手術を受けている方
- ③ 心臓人工弁の手術を受けている方
- ④ 手術用クリップが内蔵されている方
- ⑤ スtent手術後8週間未満の方
- ⑥ 妊娠中の方

#### ★次の物は検査室に持ち込めません

- ① MRI検査室内には、磁器カードおよび電子機器を持ち込まないようお願いします。  
（銀行などのキャッシュカード類、携帯電話、電子機器など）
- ② 貴金属類、外すことの出来る入れ歯、ブリッジ、眼鏡、補聴器は、更衣室で外してください。
- ③ 検査に支障がありますので、当日の濃い化粧、アイシャドー、整髪料  
（ポマード、トニックなど）は控えてください。

当院において現金・貴重品等の紛失及び盗難につきましては、責任を負いかねます。  
忘れ物等については、各自充分ご注意ください。



医療法人 吉本 整形外科 病院  
興生会 外 科

TEL 0745-53-3352

# MRI検査 依頼・報告用紙 (カルテ用)

検査日    年    月    日    曜日                      午前:午後    時    分

ID:	保険    国    社    労    事    生    他	独歩・車椅子・ベット
フリガナ		外来・入院(        )号室
氏 名	様	
平・昭・大・明	年        月        日生	歳
紹介医療機関		

検査部位

具体的指示：	造影：    有    ・    無
依頼医師 _____	

使用造影剤・使用物品等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・オムニスキャンシリンジ 15ml</li> <li>・マグネピストシリンジ 15ml</li> <li>・注入セット</li> <li style="padding-left: 20px;">留置針</li> <li style="padding-left: 20px;">生食100ml</li> <li style="padding-left: 20px;">輸液セット</li> <li style="padding-left: 20px;">三方活栓付エックステンションチューブ</li> <li>・その他</li> </ul>

コメント _____

担当技師 \_\_\_\_\_



医療法人 吉本 整形外科 病院  
 興生会 外 科

TEL 0745-53-3352

# 単純MRI検査の問診票

- 単純MRI検査予約時又は検査前に必ず記入してください。

ID No		氏名	
-------	--	----	--

単純MRI検査についてお答え下さい。

★ MRI検査装置は強い磁石を使用しています。  
体内の金属類についてお尋ねします。

- ① 心臓ペースメーカーを使用していますか いいえ・はい
- ② 心臓人工弁がありますか いいえ・はい
- ③ 手術クリップがありますか いいえ・はい  
(部位: )
- ④ 金属製の置き針・磁石入り絆創膏を使用していますか いいえ・はい  
(部位: )
- ⑤ 人工関節(骨頭・内耳等)がありますか いいえ・はい  
(部位: )
- ⑥ 骨・関節治療のため固定金属がありますか いいえ・はい  
(部位: )
- ⑦ 義歯・義眼を使っていますか いいえ・はい  
(脱着: 不可・可能 )
- ⑧ 磁石脱着式のインプラントを使用していますか いいえ・はい
- ⑨ 眼などの外傷で鉄粉の残存がありますか いいえ・はい  
(部位: )
- ⑩ 入れ墨・アイシャドー・ネイルアートをしていますか いいえ・はい
- ⑪ その他の金属類が体内にありますか いいえ・はい  
(部位: )

★ 患者様の安全確保のためにお尋ねします。

- ⑫ 妊娠していますか(妊娠している可能性がありますか) いいえ・はい  
(妊娠 月)
- ⑬ 閉所恐怖症がありますか いいえ・はい
- ⑭ 不整脈がありますか いいえ・はい