

# MRI 検査予約用紙

(共同利用)

名前

様

2014.4.1改訂  
長野中央病院

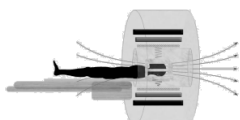
説明者 ( )

## 検査日時

年 月 日  
時 分

- ① 当日、総合受付で受付して下さい。
- ② 総合受付にこの用紙を提出して下さい。  
※ 時間に間に合わない場合はお早めにご連絡ください。

## 検査内容



大型磁石 ↑

- 約60分の検査予定です。(準備含めて)
- **磁石**の力と**電波**で撮像しています。
- 検査中、機械から大きな音がします。  
※ ヘッドフォンをご用意しています。息止めの合図を行う事もあります、耳栓をご用意されても使用できません。
- 他の理由(他の検査等)で制限がある場合や、定期的に飲まれているお薬はご相談ください。

## 飲食制限 (胸部の時) (腹部の時は別紙参照)

**お食事** 制限ありません。

**水分** 制限ありません。

## 注意事項

MR検査室に持ち込むと不具合が生じたり、検査によっては身体に障害を与える場合があります。



- **補聴器**  
故障の原因となります



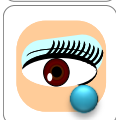
- **携帯電話 スマートフォン 時計** 等  
故障の原因やデータ消去の原因となります



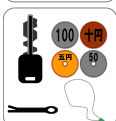
- **クレジットカード 免許証 駐車券** 等  
磁気カードはデータ消去の原因となります



- **心臓の張り薬 ホッカイロ 禁煙シール** 等  
火傷等の原因となります



- **金属含有化粧品 (ラメ・マスカラ) コンタクトレンズ** 等  
火傷等の原因となります  
※ コンタクトレンズケースをお持ち下さい

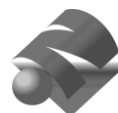


- **その他金属製品 (鍵・硬貨・貴金属)** 等  
事故や検査の障害等の原因となります

※ 検査前の確認後、機械製品や磁気カード等をMR検査室に持ち込まれて不具合を生じても、補償いたしかねます。

更衣室・着替え等をご用意いたします。着替えの作業が大変な方はあらかじめ金属類(ファスナー、ワイヤー等)の無い服装で来院されるようご協力宜しくお願い致します。

- ※ 機器の故障や検査状況等で予定時間に検査できないことがあります。
- ※ 来院できなくなりましたら、紹介元の先生にご連絡お願い致します。
- ※ 当院、立体駐車場をご利用ください。



長野医療生活協同組合

**長野中央病院**  
Nagano Chuo Hospital

地域連携室

TEL:026-234-3236

# MRI問診同意書

生年月日	年	月	日
依頼医			
氏名	様	検査部位	

**体内金属問診** MRIは磁力と電波で検査をおこなっているため、体内または体表の電子機器や金属によって検査に支障をきたす場合があります。MRI検査を安全に受けて頂くために、問診同意書を取得させていただきます。

**禁忌類** 「ある」の場合 **検査不可**

① 心臓ペースメーカー、植込み式除細動器	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 人工内耳、脳神経刺激装置	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 脊髄刺激装置 脊椎管内リード線	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 金属異物 (眼球内)	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**処置有り** 「ある」の場合 条件を満たして下さい

⑤ 可変圧式脳室シャント (脳外科)	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 植込み式ループ心電計 (循環器)	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑦ 消化管止血クリップ・マーキングクリップ (消化器)	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**整形外科インプラント**

⑧ 創外固定	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑨ 整形外科用インプラント(ボルト、プレート、スクリューなど)	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**【詳細】**  
「いつ頃」「手術部位」「手術元」など

**頭蓋内インプラント**

⑩ 脳動脈瘤クリップ、その他頭蓋内インプラント	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**【詳細】**  
「いつ頃」「手術部位」「手術元」など

**手術インプラント** 脳外科、整形外科系手術以外

⑪ その他インプラント	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ステント(冠動脈、大動脈、胆管など) 義眼 心臓人工弁  
胸骨ワイヤー 外科用ホチキス 子宮内避妊具 など

**【詳細】**  
「いつ頃」「手術部位」「手術元」など

**その他**

⑫ 刺青	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑬ 体内置き針	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭ 磁石式歯科用インプラント(土台)	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑮ 妊娠の可能性	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑯ 身長・体重をお聞かせ下さい ( )cm ( )kg		

- ① 3テスラMRI対応ペースメーカーを装着された方に関して  
【頭部】 循環器科から別オーダーで専用の問診を取得して下さい  
【頭部以外】 当院では外来患者の検査を行っていません
- ④ 明らかな眼球内金属異物がある方は禁忌  
白内障レンズは検査可 緑内障手術は「⑪手術インプラント」の扱いです
- ⑤ 可変式脳室シャント(水頭症の治療)に関して  
MRI検査によって流量設定が不正確になります。  
→ 検査前後の処置(脳外科への受診など)の手配をお願い致します。
- ⑥ 植込み式ループ心電計に関して  
検査前にデータ保存の必要があります。  
→ 予約時に、臨床工学科の手配をお願いします。
- ⑦ 消化管クリップに関して  
消化管クリップは、原則として自然脱落するまでは検査不可。  
→ 特別な場合は、依頼医の指示により検査可能
- ⑧ 創外固定に関して → その都度、MRI室に確認して下さい
- ⑨ 整形外科用インプラントに関して  
【当院で手術したもの: 検査可】  
【他院で手術した場合: 検査可】  
※ 原則として検査を施行しますが、金属の発熱のリスクは伴います。  
金属アーチファクトの影響が強くなる場合もあります。
- ⑩ 頭蓋内インプラントに関して  
【当院で2015年以降MRIをされた方: 検査可】  
【当院でMRI未経験の方 ↓】  
【手術元で安全確認を取られた方: 検査可】  
【上記以外: 検査不可】
- ⑪ 手術インプラントに関して  
【当院で手術したもの: 検査可】  
【他院で手術した場合 ↓】  
【他院での手術が2016年以降の方: 検査可】  
【他院での手術が2015年以前の方 ↓】  
【当院で2015年以降MRIをされた方: 検査可】  
【当院でMRI未経験の方 ↓】  
【手術元で安全確認を取られた方: 検査可】  
【上記以外: 検査不可】
- ⑫ 刺青に関して  
発熱・熱傷・変色のリスクをご理解頂いた上、慎重施行となります。
- ⑬ 刺青に関して → その都度MRI室にご連絡下さい
- ⑭ 磁石式歯科用インプラント(金属式インプラントとは異なります)  
MRIの強力な磁力によって接着力が弱まる可能性があります。
- ⑮ 妊娠中の方は原則MRIは施行しません。
- ⑯ 身長体重はMRI装置の出力を決めるために必要になります。

**造影剤使用問診** MRI専用のガドリニウム造影剤を使用します。診断能は向上しますが副作用の恐れもあります。以前に造影剤アレルギーが出た方は、当院のヨード系造影剤使用基準に準じて処置をおこないます。

**その他**

⑬ 造影剤アレルギー CT/MRI/カテーテルなど	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑭ その他アレルギー 気管支喘息など	ある	ない
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑮ 腎機能 (eGFR) ( ) mL/min/m <sup>2</sup>		

eGFR [mL/min/m<sup>2</sup>] について  
60 以上 60未満30以上 30未満および透析患者  
通常施行 慎重施行 禁忌

禁忌患者に使用することにより重篤な遅発性副作用である腎性全身性線維症 (NSF) のリスクが高まります。透析によるリスクは回避できません。(ヨード系と異なります)

**バイタル確認** (検査前後の必要な報告に関しては電力カルに記載)

時間	血圧	脈拍	記入者
----	----	----	-----

検査前 : /  
検査前 : /

**施行判定**

不可  可

医師サイン

問診担当職員氏名 \_\_\_\_\_

**同意書**

**長野中央病院長殿**  
私は上記問診に関わる説明を理解し、MRI検査をおこなうことに同意します。

西暦 20 年 月 日 本人 代理人 ( ご関係 )

氏名   ( )