

<MR I 検査予約票>

武蔵野陽和会病院 MR I 検査予約票

様 生年月日： 年 月 日 才

令和 年 月 日 (午前・午後) 時 分

(部位： _____ 単純・造影) MR I 検査
当院の放射線科医の問診などございますので、予約時刻の 30 分前までにご来院
ください。

検査前に、次のことにご注意ください。

- ① MRI 検査はおよそ 30 分で終了します。検査開始時間がある程度前後する事
がありますがご了承ください。
- ② 検査室内は磁場が強いため金属類の持込は危険ですので持ち込み禁止です。
時計・携帯電話・磁気カード (キャッシュカード、クレジットカード、診察券) などは、故
障することがあります。
- ③ 下記のものは、外してから検査室にお入りください。
 - ・装身具 (ヘアピン・ネックレス・イヤリング・ブレスレット・指輪など)
 - ・めがね, 入れ歯, 義手, 義足,
 - ・エレキバン, シップ薬、カイロ等
- ④ 造影検査予定の患者様へ
 - ・ 午前の検査予定の場合は、朝食を食べないでください。
 - ・ 午後の検査予定の場合は、昼食を食べないでください。
 - ※お水、お茶など水分は飲んで大丈夫です。
- ⑤ MRCP 検査予定の患者様へ
検査予定時刻の 6 時間前より絶食、3 時間前より絶飲水をお願いします。
※造影検査、MRCP 検査以外の検査では食事・水分制限はございません。
- ⑥ 予約日に検査が受けられなくなった時は、当院放射線科へご連絡ください。
- ⑦ 当院受診される際にお持ちいただくもの。
 - (1) このMR I 予約票
 - (2) 保険証、老人医療証等各種医療証等
 - (3) 診療情報提供書 (紹介状)
 - (4) 診察券 (当院に受診歴のある方)

武蔵野陽和会病院

〒180-0012 東京都武蔵野市緑町 2-1-33
TEL 0422-52-3212 (代表)
放射線科直通 0422-52-3859 FAX0422-52-3859

【MRIチェックリスト】

患者様氏名 _____ 様 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
ご紹介医療機関名 _____
担当科 _____
ご担当医師名 _____

医療事故防止の為、下記項目の確認をお願いします。

MRI 禁忌

- ・ 心臓ペースメーカー
- ・ 人工内耳
- ・ 脳動脈クリップ（非磁性体クリップは除く）
- ・ 体内神経刺激装置
- ・ 骨成長刺激装置
- ・ 体内自動除細動機

以上の項目に相当しない患者である。 A (相当しない・相当する)

MRI チェック項目

- ・ 妊娠
- ・ 閉所恐怖症
- ・ 義眼
- ・ 刺青、パーマントアイライン

以上の項目に相当しない患者である。

もしくは、相当していても MRI が必要であり主治医は上記を説明し了承を得ている。

A (はい・いいえ)

造影剤チェック項目（造影検査のある場合のみ記入して下さい）

- ・ (有・無) ガドリニウム系造影剤に対し過敏症の既往歴
- ・ (有・無) 気管支喘息
- ・ (有・無) 重篤な肝障害
- ・ (有・無) eGFR 値 < 60 (ml/分/1.73 m²)
- ・ (有・無) 妊婦
- ・ (有・無) 授乳婦

検査前に当院放射線科医師が問診し、承諾書をいただきます。上記に該当する場合は、単純検査に切り替わる事がありますのでご了承ください。

当院では、造影検査と MRCP 検査時の食事・水分制限を行っています。患者様にご指導お願いします。

- ・ 午前の検査：朝食を食べないで下さい。
 - ・ 午後の検査：昼食を食べないで下さい。
- ☆MRCP 以外は、お水、お茶など水分は摂取してもらってください。