

# MRI検査を受けられる皆様へ(MRI検査予約票)

【MRI検査とは】 MRI検査とは強い磁石と電波を使って体内を画像化する検査方法です。

予約日時： 年 月 日 ( ) 時 分

外来ID： 氏名： M・F 生年月日：

・検査予約時間 **30分前まで**にこの用紙を持参の上、ご来院ください。

※ご案内時間に遅れた場合は検査ができないことがあります。

※MRIスペースは別館のため開錠していないことがありますので、

早すぎる来院はご遠慮ください。(開錠時間は検査40分前になります)

検査場所	<input type="checkbox"/> 本館 1F MRI検査室	<input type="checkbox"/> MRIスペース
------	---------------------------------------	----------------------------------

検査部位	<input type="checkbox"/> MRCP	<input type="checkbox"/> 骨盤腔
	<input type="checkbox"/> 股関節 (R・L)	<input type="checkbox"/> 仙腸関節
	<input type="checkbox"/> 頭部 ↳ <input type="checkbox"/> 下垂体	<input type="checkbox"/> Black-Blood <input type="checkbox"/> 頸椎
	<input type="checkbox"/> 肩 (R・L)	<input type="checkbox"/> 腰椎
	<input type="checkbox"/> 膝 (R・L)	<input type="checkbox"/> 胸椎

・検査の注意事項、検査実施場所に関しては裏面をご参照ください。

## ■■■■■検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください ■■■■■

1. MRI検査を受けたことがありますか ☐ はい ☐ いいえ
2. 今までに手術を受けた事がありますか ☐ はい ☐ いいえ

(いつ頃 部位 )

「はい」の場合、1ヶ月以内に手術された方は検査を受けることができません。

3. 医療機器を使用していますか ☐ はい ☐ いいえ

☐ 心臓ペースメーカー ☐ 除細動器 ☐ 人工内耳  
☐ 神経刺激装置 ☐ 骨成長刺激装置  
☐ インシュリン注入ポンプ ☐ 金属製の人工心臓弁

「はい」の場合、検査を受けることができません。

4. 手術や鍼治療、外傷などで身体の中に金属が入っていますか ☐ はい ☐ いいえ

☐ 脳動脈瘤クリップ ☐ 脳室シャントチューブ  
☐ 冠動脈ステント ☐ 人工心臓弁 ☐ 手術クリップ  
☐ 人工骨頭 ☐ 人工関節 ☐ 装具 ☐ 義肢 ☐ 脊椎固定具  
☐ 置き鍼 ☐ 避妊リング ☐ インプラント ☐ 歯科矯正具  
☐ 磁石埋め込み式入れ歯、差し歯 ☐ 内視鏡クリップ ☐ その他

※「はい」と答えた方にお伺いします

体内にある金属について手術担当医師にMRI検査が可能か確認しましたか ☐ はい ☐ いいえ

「いいえ」の場合、検査を受けることができません。

手術等で体内に金属がある方はMRI検査が行えない場合がありますので手術担当医師にMRI検査が可能か検査当日までに必ずご確認ください。

5. 妊娠中又は妊娠の可能性ががありますか ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、検査を受けることができません。

※今現在授乳中ですか

6. 手足にマグネットネイル及び材質不明なネイルがありますか ☐ はい ☐ いいえ

「はい」の場合、検査を受けることができません。

7. 刺青(タトゥー)・アートメイク(眉毛など)をしていますか ☐ はい ☐ いいえ

※刺青、アートメイクは極めて稀ですが火傷や変色の恐れがあります。その可能性を了承された場合のみ検査を行います。

※化粧品、カラーコンタクトレンズ、整髪料、また部分白髪染め(スティック・粉末タイプ)や増毛パウダーに金属類を含んでいるものがありますので、**検査当日はお控えください。**

8. 閉所恐怖症ですか ☐ はい ☐ いいえ

9. 身長と体重をご記入ください。 \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

上記の記載事項について十分理解した上で、MRI検査を受けることに同意いたします。

年 月 日 署名

裏面もご確認ください。

MRI担当

## MRI検査のご案内

### 【検査部位に該当する注意事項をご参照ください。】

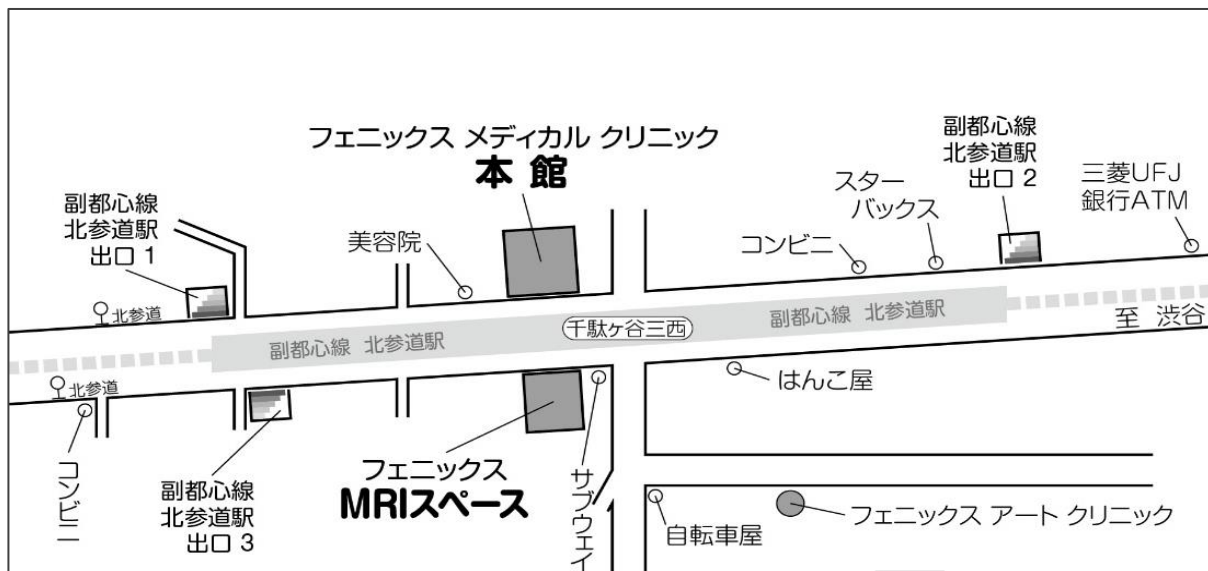
- ☐ 頭部、Black-Blood、骨盤腔、頸椎、胸椎、腰椎、股関節、仙腸関節、膝関節、肩関節
- ・食事制限等はありません。
  - ・体内に金属等がある場合は事前に検査可能か手術担当医師に確認をお願いいたします。
  - ・外しにくい貴金属、カラーコンタクトレンズがある場合は事前に外してください。
  - ・手足にマグネットネイル及び材質不明なネイルがある場合は当日までに除去してください。
  - ・その他の注意事項は別紙を参照ください。

☐ 臍臓(MRCP)

- ・検査6時間前より絶食、飲水(水とお茶のみ)は少量であれば構いません。  
※臍臓の検査(MRCP)後、48時間以内の授乳はお控えください。
- ・体内に金属等がある場合は事前に検査可能か手術担当医師に確認をお願いいたします。
- ・外しにくい貴金属、カラーコンタクトレンズがある場合は事前に外してください。
- ・手足にマグネットネイル及び材質不明なネイルがある場合は当日までに除去してください。
- ・その他の注意事項は別紙を参照ください。

### 【その他備考】

### 【当院施設のご案内】



日程のご相談や、お時間の都合が悪くなりましたご連絡ください。

**検査予約専用ダイヤル 0120-800-484** 【平日】9:00~17:00  
【土曜】9:00~12:00

【ご不明な点・ご質問等ございましたら、下記にお問い合わせください】  
医療法人社団鳳凰会 フェニックス メディカル クリニック  
TEL. 03-3478-3535 (代表)