

※検査当日、もろどみ中央病院へ持参してください。

MRI 検査 予約票

医療機器共同利用

患者氏名

様

依頼元

【 検査部位 】

【 検査予約日 】

【 時間 】

※ 検査予約時間の **20分前** までにもろどみ中央病院にご来院くださり、**受付** にこの用紙をお出してください。予約の取り直し、変更または検査時刻に来院できない場合は必ず紹介元の先生、および もろどみ中央病院 放射線科へご連絡下さい。

【 注意事項 】

- **腹部検査の方のみ**※先生の指示により、制限がない場合もあります。

午前中の検査の方は朝食、午後の検査の方は昼食を摂らないでください。

常用薬や水分摂取の制限は医師から特に指示のない限りありません。

ただし、水分は水、お茶に限ります。

特に膀胱や子宮の観察が目的の場合、膀胱がよく観察できるよう可能であれば、**排尿は1時間前からお控えください。**

- 検査が始まると基本的に検査中断は出来ませんので、お手洗いを済ませてください。
- アイシャドウ、マスカラ等の化粧はお控えください。金属粉を含み火傷の可能性があります。化粧をされて来院の場合、化粧を落として頂く場合があります。カラーコンタクトレンズは外して頂くので、保存ケース(保存液)をご持参ください。
- MRI室へは金属物の持ちこみが出来ません。取り外して頂き、ロッカーへ入れて頂きます。また、金属が服についている場合、着替えをして頂くことがあります。ヘアピン、ピアス、ネックレス等をあらかじめ外しておいて頂いたり、**金属のついていない服やできるだけ軽装**でお越し頂くとスムーズに検査が行えます。

※ 別紙問診票にもありますが、ペースメーカー・ICD（埋込型除細動器）をご使用の方は必ずお申し出ください。誤作動を起こし生命に危険がおよぶことがあります。

- 検査時間は検査内容により異なりますが、おおむね 20～30分 です。
- 予定時間通り検査を行うように努力しておりますが、緊急検査等により、検査予定時間と実際の検査開始時間が多少ずれることがあります。予めご了承下さい。

MRI検査を受けられる方へ

紅葉会 もろどみ中央病院

医療機器共同利用

◆検査の特徴・目的

- ・MRI検査は強い磁石と電波によって、身体の内部情報を自由な角度の断面で画像化することができる検査で、体の柔らかい部分を得意としています。検査で得られる多様で鮮明な画像により、脳卒中や認知症などの脳の形態や機能、血管の走行、がんなどの腫瘍、脊髄などエックス線検査（一般撮影やCT）ではわかりにくい部位を調べることができます。
- ・CT検査とは異なり、放射線を使わないため、被ばくの心配はありませんが、検査時間は30分程度と長くなり、大きな音もします。

◆検査前

- ・検査が始まると基本的に検査中断は出来ませんので、お手洗いを済ませてください。※膀胱、子宮検査を除く
- ・MRI室内は強力な磁力が発生しているため、室内に金属類等の磁性体を持ち込むと機器の故障や検査に影響を及ぼしたり、火傷を起こす恐れがありますので取り外して頂きます。（下記注意事項をご参照ください）また撮影技師から体内金属や身に付けている装飾品はないか等の問診や金属探知機にて再確認をさせていただきます。衣服に小さな金属がついている場合、検査部位によっては検査着に着替えて頂きます。

◆検査の方法

- ・MRI検査は、撮影する部位にコイルと呼ばれる専用の用具を体に装着し、ベッドに寝た姿勢で行います。検査の際はベッドがトンネル状の装置の中に入ります。検査が始まると、装置から工事現場のような大きく、さまざまな音がします。警報のような高い音がすることもあります。
- ・少しでも体を動かすと画質が落ちてしまうので、できる限り同じ姿勢を保つことが必要です。撮影部位によっては、息を止めることもあります。撮影中の注意事項は撮影技師が再度説明します。
- ・連絡用ブザーをお渡ししますので、検査中に気分不快などの異常を感じた場合には、ためらわずにお知らせください。また装置の中の空間は狭いため、閉所恐怖症の人は検査が難しいこともあります。

◆検査終了後

- ・画像をCDにてお渡しの場合、受付にてお待ち頂きます。インターネットでご提供の場合、そのまま帰宅頂けます。いずれも会計はありません。

※MRI検査を行う際の注意事項

下記の物は故障の恐れや、検査に影響を及ぼすもの、火傷を起こす可能性がありますので、検査前に取り外すか、お知らせ頂くようお願いいたします。

- 金属物 ……眼鏡・鍵・ライター・ヘアピン・ピアス・ネックレス・指輪など
- 貼付剤等 ……エレキバン・カイロ・ニトロダーム(アルミニウム使用)
- 磁気カード ……キャッシュカード・定期券・免許証など
- その他 ……携帯電話・時計・補聴器・取り外しのできる入れ歯(磁気を使ったものは申し出て下さい)
ラメ入りアイシャドウ、マスカラ・カラーコンタクトレンズ・増毛スプレーなど

その他注意事項

- ・長い時間横になるのが難しい場合は、検査前にお申し出ください。
- ・ご不明の点がありましたら、いつでも遠慮なく検査技師に御相談ください。

MR I 禁忌事項

紅葉会 もろどみ中央病院

	名称	詳細
絶対禁忌 (撮影不可)	ペースメーカー	誤作動や故障の原因になるため入室不可
	移植蝸牛刺激装置(人工内耳)	誤作動や故障の原因になるため入室不可
	植込み型除細動器(ICD・CRT-D)	誤作動や故障の原因になるため入室不可
	神経刺激器(TENS装置・誘導性視床 ・DBS脳深部・VSN迷走神経・SCS脊髄刺激)	誤作動や故障の原因になるため入室不可
	植込み型プログラマブル注入ポンプ	ポンプのローターが一時的に止まる
	埋め込み型心電図モニタ(ICRループレコーダー ・ICR心電図モニタ)	故障の原因になるため入室不可
	骨刺激装置	安全が確認されていない使用法の場合に禁忌
	Perfix Interference Screw	膝の十字靭帯再建で使用 強磁性体のため禁忌
	その他 体内埋め込み型電子機器	誤作動や故障の原因になるため入室不可
条件により検査可能 (条件一致・取外し・患者合意のもと可能)	脳動脈クリップ	種類を確認 スギタ式クリップは全て可能。他院での手術の場合、他院に確認し、安全が確認できるもののみ検査可能
	プラチナコイル 脳動脈瘤塞栓術(エンポリ)	術直後より検査可能
	補聴器	補聴器を外せば検査可能
	頸動脈クランプ	一般に安全だが、Poppen-Blaylockの製品は絶対禁忌
	ペースメーカーワイヤ	現時点では慎重であることが望ましい
	心血管カテーテル	伝導率が高い材料を含む製品は禁忌
	不明金属	安全性が確認されない為、医師に判断してもらう スワンガンツカテーテル(溶けた例あり)
	ステント	体内留置より1か月以上であれば検査可能
	人工骨頭、プレート、ボルト、ワイヤ	外科手術によるチタン等非磁性体金属は検査可能
	義眼	磁石で装着するものは不可 まれに接着力減少の可能性がある 金属以外は原則取り外して検査可能
	義歯	磁石で装着するものは不可 まれに接着力減少の可能性がある。
	心臓の人工弁	Star-Edward 600番以前(1970年以前)の製品
	手術や外傷による体内金属	目などの決定臓器に位置する強磁性体の破片 (X線写真、CTで安全を確認できれば検査可能)
	刺青、タトゥー	熱傷や絵が変色する可能性がある。患者様了承のもと可能
	メドス	医師確認のもと、検査可能 メドスの種類を確認し、 検査前後のX線写真にて変化を確認
	マスカラ、アイライン ※ラメが多いもの アイシャドウなどの化粧	酸化鉄などが含まれている場合、熱傷になることがある 化粧を落としてもらえれば検査可能
	カラーコンタクトレンズ	安全性が確認されていない 外せば検査可能
	ニトログリセリン真皮浸透絆創膏(ニトログラム)	アルミニウムを含む 医師確認後、検査中剥がせば検査可能
	酸素ボンベ	MR I 専用以外は持ち込み禁止
	ハローベスト、コルセット	MR I 専用以外は外せば検査可能
	埋め込み型心電図ループレコーダー	MRI撮影モード設定をすれば撮影可能だが、医師による確認必須 機器により設定、制限が異なるので、埋込した病院での撮影推奨
	インスリンポンプ・持続型グルコース測定器	取り外せば検査可能
	妊娠	器官形成期(13週)までは絶対禁忌 14週からは安全性は確立されて いないが患者様の同意のもと、医師の判断で検査可能 アメリカの論文では13週を超えれば安全とされる

MRI検査 兼 読影 FAX依頼書

もろどみ中央病院 放射線科 行

予約時間確定後、すみやかにFAXお願いします。

TEL(直通) 0952-20-8566 ※FAX番号と共通

FAX 0952-20-8566

患者検査依頼情報

※撮影オーダーに必要です。各種医療証に記載のある氏名・フリガナを正確にご記入いただくようお願い致します。

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	男・女	T・H S・R 年 月 日
電話番号	- -	※撮影機器故障時等の連絡に必要	
予約時間	年 月 日 () 時 分	※電話でお取り頂いた予約日時を記入	
MRI 検査部位	ご希望の検査部位に <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れて下さい。※原則一箇所		
	<input type="checkbox"/> 脳+MR A(頭蓋内) <input type="checkbox"/> 脳+MR A(頭蓋内+頸部頸動脈) <input type="checkbox"/> 眼窩部		
	<input type="checkbox"/> 聴神経部 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 頸部全体 脊髄(<input type="checkbox"/> 頸髄 <input type="checkbox"/> 胸髄 <input type="checkbox"/> 腰髄) <input type="checkbox"/> 腹部 骨盤腔(<input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 卵巣 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱) <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 手関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 骨盤骨 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足関節 <input type="checkbox"/> その他()※その他は電話でご相談ください。		
検査目的 病名(疑い)	部位詳細 () 撮影指示 ()		
検査目的 病名(疑い)	※撮影法・詳細な撮影部位、画像作成の参考のためご記入をお願いします。		
画像提供方法	<input type="checkbox"/> Webシステム <input type="checkbox"/> CD ※CDは有料となります。		

読影申し込み ※読影を申し込まれる場合はご記入ください。読影なしは記入不要

経緯 主訴・症状 病歴 及び 読影依頼目的 など	
-----------------------------------------	--

※読影結果は通常、翌日(日祝日を除く)10時までにアップロードされます。

読影結果に対する読影医へのお問い合わせは、もろどみ中央病院放射線科を通じてとなります。

上記↑放射線科直通番号へお問い合わせください。

※心臓ペースメーカーや除細動器(ICD)、人工内耳や神経刺激装置がある患者様は撮影出来ません。

今一度、ご確認をお願いします。

令和 年 月 日

紹介元医療機関 _____

依頼医 _____