

MRI検査 問診および同意書

心臓ペースメーカー 脳動脈クリップ(MRI非対応のもの) 人工内耳 脳室シャント
 埋め込み型除細動器 神経刺激装置 骨成長刺激装置 インシュリン注入ポンプ
 ☆ その他体内で動く埋め込み型装置がある場合は検査できません。

あてはまりますか？ はい いいえ

1. 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ はい いいえ
2. いままでに心臓や頭部の手術をしたことがありますか？ はい いいえ
 どのような手術ですか？ ()
3. 以下のものは検査はできますが、熱を帯びたり、画質劣化につながる場合があります。
 当てはまるものに○をつけ、取り外しできるものは事前に取り外しておいてください。

チェック項目	チェック項目	チェック項目
脳動脈クリップ	心臓金属弁	補聴器
整形外科の手術による人工関節や金属	胸骨切開ワイヤー	義歯
冠動脈ステント	義眼 義手 義足	化粧
下大動脈フィルタ	ニトゲムTTS、ニコチネルTTS	アートメイク いれずみ
外科手術によるクリップ	歯科つめもの	磁気湿布

脳動脈クリップで 「○」 とお答えになったかた 手術をしたのはいつ頃ですか？
 () 年 手術を行なった病院 ()

【MRI検査の注意事項】

MRI本体は磁石であり強力な吸引力をもっています。金属の持ち込みは重大事故につながり、体内埋め込み装置は機能しなくなります。

MRI室内には金属の持ち込みは絶対に行なわないようお願い致します。

受診者への説明確認

MRI検査への体内金属の危険性について十分な説明と同意を得ました

令和 年 月 日 主治医署名 _____ (印)
 (直筆の場合は印不要)

同意書

私は上記について十分理解した上でMRI検査に同意します

令和 年 月 日 署名 _____
 ご本人が記入困難な場合
 代理人署名 _____
 (必ず本人氏名も署名欄にご記入ください。)

体重 _____ Kg 確認者(Ns) _____ 確認者(RT) _____

氏名

殿

相模原赤十字病院の

MRI検査を受けられる方へ

心臓ペースメーカー、脳動脈クリップ(MRI非対応のもの)、人工内耳、その他、体内で動く埋め込み型装置がある場合は、検査できません。

以下に該当する方は、医師または担当技師にお知らせください。

- 頭の手術の手術を受けたことがある。
- 耳の手術を受けたことがある。
- 心臓の手術を受けたことがある。
- 妊娠3か月以内 妊娠の可能性がある。

1. 長いトンネルの中で、工事現場のような様々な音を出しながら撮影を行います。
2. 正確な画像を得るため、出来るだけ体を動かさないようにしてください。
3. 検査時間は撮影部位によって異なりますが、30分前後です。
4. 強い磁場が発生しますので、磁石にひきつけられる金属物は危険です。
検査室に持ち込むことはできません。
5. 頭部検査以外は、事前に検査着に着替えていただきます。
(頭部の検査では、着替えなくても検査はできます。
ただし、ベルトは外し、ポケットの中はすべて空にしておいてください。)

以下のものは、検査前に必ずとりはずしてください。

☆ 機械にひきよせられたり、火傷の原因になり大変危険です。

- | | |
|----------|---|
| 1. 金属類 | 時計 めがね ライター 鍵 アクセサリーなど はり薬(心臓用) |
| 2. 磁気カード | キャッシュカード類 定期券 駐車券 |
| 3. その他 | ヘアピン とりはずせる義歯 カイロ ベルト 磁気治療薬(エレキバンなど)
金属のついた下着 カラーコンタクトレンズ
金属製の杖 装具などは持ち込めない場合があります。 |
| 4. メイク | お化粧やアートメイクのなかには磁性体が含まれているものがあり、やけどの原因になる場合があります。検査は可能ですが、異常に気付いた場合は担当技師にお知らせください。 |

①診療情報提供書(検査依頼書)

相模原赤十字病院宛

フリガナ				
患者様氏名				男・女
生年月日	大・昭・平	年	月	日(歳)
住所	〒 -			
TEL	()			
携帯	()			
身長	cm	体重	kg	

医療機関名 _____

TEL _____

担当医 _____

検査予約時間 年 月 日() 時 分 ~

検査サービスのご利用に伴い以下の必要事項にご記入をお願い致します。

検査項目 (チェック)	<input type="checkbox"/> 単純CT検査 <input checked="" type="checkbox"/> MRI検査 <input type="checkbox"/> 高次脳機能検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 3Dマンモグラフィ(トモシンセシス) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> ホルター心電図 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(ABPI/PWV) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸検査 <input type="checkbox"/> 肺機能検査 <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験 <input type="checkbox"/> GIF <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> その他()
部 位 (チェック) 【詳しい部位】	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部・骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 頸動脈 <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 乳房 <input type="checkbox"/> 下肢血管 <input type="checkbox"/> 関節(リウマチ評価) 【詳しい部位】 ()
現病歴 治療歴 検査所見 治療経過 検査目的 留意事項等	
添付資料	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血液検査 <input type="checkbox"/> 単純X線 <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> その他()
糖尿病 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (空腹時 mg/dl) (検査当日の糖尿病薬剤の使用は避けてください)	現在状況 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院
自立歩行 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 車椅子	30分静止 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	

連絡先 地域医療連携課 042-784-9717 (直通電話)

平日・開院土曜日 8:30~17:00

(FAX番号)042-784-2551

相模原赤十字病院の検査のご案内

患者氏名 _____ 様

検査予約日時 _____ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

検査予約内容 _____

1. 検査当日20分前迄に、2階総合カウンターへお越し下さい。 (検査内容によって異なる場合があります。)

【来院時の持ち物】

- 1) 「相模原赤十字病院の検査のご案内」(この用紙)
- 2) 「診療情報提供書(検査依頼書)」
- 3) 「保険証」
- 4) 「診察券」(以前に当院受診されている方)

2. 都合が悪く来院できない場合は、必ず地域医療連携課にご連絡ください。

【連絡先】相模原赤十字病院 地域医療連携課
TEL: 042-784-9717 FAX: 042-784-2551