

# MRI 検査を受けられる方へ

氏名

生年月日 年 月 日 検査日 年 月 日

## 【検査当日の注意事項】

- ・『腹部 MRCP』の検査では、検査時間の4時間前より食事や水分も摂らないでください。
- ・『腹部』の検査では、検査時間の4時間前より食事を摂らないでください。
- ・『骨盤部』の検査では、検査直前の飲食はお控えください。
- ・『頭部』の検査では、目元の化粧を落としていただく場合があります。  
(検査や皮膚に影響があると思われる場合)

## 【MRI 検査について】

MRI は大きな磁石と電波を用いて、臓器等の状態を画像として記録し、診断を行う検査です。検査中に大きな音が鳴り、体が少し温かくなります。検査時間は20分から40分程度です。腹部や骨盤部の検査では消化管の動きを抑えるための注射をすることがあります。

## 【入室時の注意事項】

1. 妊娠中または妊娠の可能性のある方、授乳中の方は必ずお申し出ください。
2. 検査部位に関わらず、更衣室で検査用ガウンに着替えていただきます。
3. **MRI 検査室内には何も持ち込むことができません。**お荷物は全て更衣室に置いていただきます。  
例) 腕時計、携帯電話、アクセサリ、ピアス、ヘアピン、カツラ、カイロ、エレキバン、湿布、義歯(とれる歯)、補聴器、コルセット、義肢、金属製義眼、磁気/IC カード類、磁性バルーンキャップ、血糖測定器リブレ など  
**故障や破損のほかにも人体に害を与える可能性があります。はずせない物についてはご相談下さい。**
4. カラーコンタクトをつけたまま検査を受けることはできません。
5. 以下の問診票に該当する項目があった場合、検査を受けることができない場合があります。

【問診票】 検査を安全に行う為に必要なものです。ご記入の上、検査当日必ずこの用紙をご持参ください。

- |   |                  |
|---|------------------|
| 1. 今までに手術を受けたことがありますか？                              | ( はい いいえ )       |
| 《→はい の方》  |                  |
| ア. 心臓ペースメーカーを装着していますか？                              | ( はい いいえ )       |
| イ. 頭部の手術を受けたことがありますか？                               | ( はい いいえ )       |
| 《→はい の方》 ( 脳動脈瘤クリップ、血管内ステント・コイル、水頭症手術、何も入っていない )    |                  |
| ウ. その他に次のような金属物や電気装置などが体の中に入っていますか？                 |                  |
| ( a. 人工内耳などの電気刺激装置、可動型義眼                            | いいえ )            |
| ( b. 血管内コイル、ステント、リザーバー、人工心臓弁、消化管止血クリップ              | いいえ )            |
| ( c. 人工関節、外科用プレート、その他の金属物                           | いいえ )            |
| いつ頃 ( 年)、どこにどのような物を埋め込みましたか？ (                      | )                |
| 2. 事故や戦争、職業上の理由などにより体内に金属異物がありますか？                  | ( はい いいえ )       |
| <small>*特に眼窩内金属異物は危険ですので可能性のある方は事前にご連絡ください。</small> |                  |
| 3. 次のような症状がありますか？                                   | ( てんかん、不整脈 いいえ ) |
| 4. 磁石で固定する入れ歯や、歯科矯正器具はありますか？                        | ( はい いいえ )       |
| 5. 閉所恐怖症と感じたことはありますか？                               | ( はい いいえ )       |
| 6. 入れ墨 (アートメイクも含む) はありますか？                          | ( はい いいえ )       |
| 7. 妊娠の可能性はありますか？授乳中ですか？(女性の方のみ)                     | ( はい いいえ )       |
| 8. 身長と体重を教えてください                                    | ( cm kg )        |

この検査説明書を読んでご理解いただいた上で、署名をお願いします。

本人署名

代理人署名

本人との続柄 ( )

検査についてご不明な点などありましたら、放射線科 MRI 室までお問い合わせください。

地方独立行政法人 明石市立市民病院 電話 078 (912) 2323 放射線科 MRI 室 8:30~17:00