

MRI 検査予約票(患者さま用)



たかだ脳神経外科クリニック

氏名 _____ 様 男・女
生年月日
大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 生まれ(_____ 歳)
検査日時(予約時間)
_____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

※検査予約時間の15分前までにお越しください

検査部位 _____



MRI とは

MRI とは、核磁気共鳴画像の略です。放射線は使用せず、強い磁石と電磁波を使い体の断面の画像を撮る検査です。特に脳や脊髄、関節、子宮・卵巣・前立腺などの骨盤内の様子を見るのに優れています。

検査部により検査時間は異なりますが、30分前後の検査時間となります(詳しくは、おたずねください)

検査の注意事項

◎次に該当する方は、事前に医師またはスタッフにお申し出ください。

- ・ペースメーカーを入れている方(MRI 対応型も含みます)
- ・人工関節など体内に金属が入っている方
- ・妊娠初期、または妊娠の可能性のある方
- ・過去に手術を受けた方
- ・2ヶ月以内にステント治療やフィルター治療を受けた方

◎検査のときは金属・磁気のあるものは外してください。

- ・ネックレス、イヤリング、ピアスなどの貴金属アクセサリー
- ・補聴器、時計、携帯電話などの機器(強力な磁気で故障します)
- ・定期、電子マネーなどのカード類(強力な磁気で使えなくなります)
- ・コンタクトレンズ(酸化鉄などの金属を含む場合があります)
- ・磁気治療器(エレキバンなど)、義歯(とくにマグネット式は付かなくなります)、ヘアピース、使い捨てカイロなど

◎当日の化粧は控えめにお願いします。

- ・アイシャドウ、マスカラなど(化粧品に金属を含んでいる場合があります)
- ・入れ墨(眉、アイライン、その他のアートメイク)がある場合、やけどや模様が崩れることがあります

造影検査を受ける方

◎喘息、薬物アレルギーがある方は、検査が出来ない場合がございます。

- ・検査後は、水分を多くお取りください

※検査の予約日の変更やキャンセルについては、ご連絡をお願いします。

たかだ脳神経外科クリニック

TEL0467-46-1771

MRI 検査問診票

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 性別 男 ・ 女

MRI は非常に強力な磁石を使った検査です。安全な検査を行うために以下の質問にお答えください。

- (1)検査のために身長・体重を教えてください (_____ cm _____ kg)
- (2)今まで MRI 検査を受けたことがありますか (はい ・ いいえ)
【はいと答えたかたへ、どこの部位でしたか】
頭 ・ 首 ・ 肩 ・ 腰 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 膝 ・ その他
- (3)過去に手術を受けたことがありますか (はい ・ いいえ)
- (4)手術や外傷などで体内に金属が入っていますか (はい ・ いいえ)
【はいと答えたかたへ、それは具体的にどのようなものですか】
脳動脈クリップ ・ VPシャント ・ 心臓人工弁 ・ スtent ・ 塞栓コイル
人工関節 ・ 義眼 ・ 避妊用金属リング ・ 弾丸片 ・ その他(_____)
- (5)心臓ペースメーカー ・ 埋め込み型除細動器(ICD)を使用していますか
(はい ・ いいえ)
- (7)人工内耳を使用していますか (はい ・ いいえ)
- (8)糖尿病用ナトリウムポンプを使用していますか (はい ・ いいえ)
- (9)狭い所で気分が悪くなったこと(閉所恐怖症)がありますか
(はい ・ いいえ)
- (10)歯科用インプラントやマグネットタイプの入れ歯をしていますか
(はい ・ いいえ)
- (11)刺青やアートメイクをしていますか
(はい ・ いいえ)
- (12)下記に該当するものを現在着けていますか ※検査時はずしていただきます
補聴器 ・ 入れ歯 ・ カラーコンタクトレンズ ・ コルセット ・ カイロ
湿布 ・ エレキバン ・ 置き針 ・ かつら
- (13)女性の方へ、現在妊娠中またはその可能性がありますか (はい ・ いいえ)