苑田第一病院
造影 MRI 検査　予約票

患者 ID	
フリガナ	
患者氏名	**様**
生年月日	性別
予約日時	**（開始予定）**

●検査当日は、開始予定時間の 30 分前までに来院してください。（検査の準備などがあるため）

●お持ちいただく物
・診察券　・説明同意書・問診票（この書類一式）　・マイナンバーカード・医療証など

●検査室の場所
苑田第一病院の2階（エレベーターを降りてすぐ左手です。）

●検査当日、以下のようなものはなるべく着用せずにお越しください。
（着替え時間短縮・紛失防止のため）
・ヘアピン、アクセサリー（ネックレス、ピアス、イヤリング、指輪など）
・その他金属を含むもの（エレキバン、使い捨てカイロ、増毛パウダーなど）
・防寒下着（ヒートテック、ボディーヒーター、あたたかインナーなど）
・カラーコンタクトレンズ、アイメイク（アイシャドウ、マスカラなど）
・湿布薬、張り薬など

●お願い
当院は、超急性期の脳梗塞をはじめとする急性期疾患を扱っております。救急の患者様や急変した患者様を優先して検査を行う場合があるため、やむをえず、ご予約の時間が遅れたり、あるいは、検査を一時中断させていただく場合があります。その際は、ご協力お願いします。
なお、検査当日にご来院できない場合には、ご連絡お願いします。

医療法人社団　苑田会　苑田第一病院
〒121-0813　東京都足立区竹ノ塚 4-1-12
TEL:03-3850-5721

検査当日この書類一式を持参してください

ID:　　　　　　　　　　　　患者名:　　　　　　　　　　様

MRI 検査　問診票

記入日:＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

下記の問診事項の該当する方に ○ をつけてください。				
1	過去に MRI を受けたことがありますか？（当院に限らず）	いいえ	はい	
2	ペースメーカまたは ICD(埋込型除細動器)を装着していますか？ ※MRI 対応のペースメーカでも、検査不可。	いいえ	はい	「はい」の方は検査不可
3	人工内耳や神経・脊髄刺激装置を装着していますか？	いいえ	はい	
4	可変圧式バルブシャントを装着していますか？ (脳室シャント、V-P シャント)	いいえ	はい	当院で調整可能な場合のみ検査可
5	人工心臓弁、12 週以内の体内ステントがありますか？	いいえ	はい	12 週以内は検査不可
6	MRI 可能な脳動脈クリップまたは金属コイルがありますか？	いいえ	はい	慎重に検査可
7	手術などによる体内金属はありますか？	いいえ	はい	慎重に検査可
8	補聴器、入れ歯、義眼、義手、義足、その他装具はありますか？	いいえ	はい	外して検査可
9	刺青、アートメイクはありますか？	いいえ	はい	慎重に検査可
10	カラーコンタクトレンズ、アイメイク、ネイルはありますか？	いいえ	はい	慎重に検査可
11	閉所恐怖症ですか？	いいえ	はい	慎重に検査可
12	(女性のみ) 妊娠または妊娠の可能性がありますか？	いいえ	はい	
13	現在の身長と体重を教えてください。	身長(　　　)cm　体重(　　　)kg		

※2～4 で「はい」に ○ をつけた方は、MRI 検査を受けることができません。

※5～12 で「はい」に ○ をつけた方は、検査可能か確認が必要になります。

～上記、記入から3ヶ月以上経過している方は、検査前日～当日に再確認し署名をお願いします。～

■再確認年月日:＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

■患者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■保護者または代諾者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(患者との関係)＿＿＿＿

■変更・修正事項

□なし

□あり（詳細の記載をお願いします。）

ID:　　　　　　　　　　　　　患者名:　　　　　　　　様

MRI 検査　説明書

【MRI 検査とは】
MRIとは、エックス線は使用せず、強い磁石と電磁波を使って体内の状態を断面像として描出する検査です。長いトンネルの中で工事現場のような様々な機械音を出しながら検査を進めていきます。正確な画像を得るために、検査中は体を動かさないようにしてください。検査時間は検査部位によって異なりますが、30 分程度です。

【MRI 検査を受けるにあたっての注意事項】
金属類があると磁場が乱れて正しい診断ができなくなったり、金属自体が発熱し火傷をする可能性があります。また、体内の重要な臓器の近くに金属類があると人体に重篤な影響を及ぼす可能性があります。※ただし、非磁性体(磁石にくっつかない金属)であれば検査をすることができます。
MRI 室内に、金属類・カード類・電子機器などを持ち込むと、故障・破損・データ消失等の恐れがあります。患者様の不注意による私物の破損等については当院では、一切の責任を負いませんのでご注意ください。

私は上記について説明しました。

■説明日:

■説明担当医師:＿＿＿＿＿＿＿科　(氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■説明同席看護師:(氏名)＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI 検査　同意書

私は上記の内容について担当医師から十分な説明を受け、内容について理解し、かつ了承しましたので、MRI 検査を受けることに同意します。尚、検査中に緊急の処置を行う必要が生じた場合には適宜処置を受けることに付いても承諾します。

■同意年月日:＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

■患者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■保護者または代諾者氏名:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿(患者との関係)＿＿＿＿

※患者または代諾者どちらか一方は自署に限ります。
※本人が自署できない場合や未成年の場合は保護者または代諾者の自署が必要となります。
※検査に同意された後に、いつでも同意を撤回することができます。

ID:　　　　　　　　　　患者名:　　　　　　　　様

造影 MRI 検査　説明書

【造影 MRI 検査とは】
ガドリニウムを含んだ薬を注射して行う MRI 検査で、詳細な検査ができます。

【食事制限について】
検査前の食事制限はありませんが、検査の2時間前までに済ませてください。(腹部の検査の場合は、食事の制限をお願いする場合があります。)

【造影剤の副作用】
検査に際し、その時点での症状や以前にかかった病気、体調などに注意しながら安全に検査が行われるように努めておりますが、検査中または検査後しばらくしてから下記の様な副作用症状が起きることがあります。
●軽い副作用(頻度は 1~2%)
吐き気、嘔吐、頭痛、めまい、発疹、かゆみ、手足のむくみ、発熱、せき、など

●重い副作用(頻度は 0.01%)
ショックやアナフィラキシー様の症状(呼吸困難や血圧低下など)が生じることがあります。
腎不全の方に腎性全身性線維症(NSF)という全身の皮膚が硬化する合併症の報告があります。

造影 MRI 検査　問診票

下記の問診事項の該当する方に ○ をつけてください。

1	過去にに造影剤を用いた検査を受けた事がありますか？(当院に限らず)	いいえ	はい
	副作用はありましたか？(具体的に　　　　　　　　　　　　)		
2	気管支ぜんそくはありますか？	いいえ	はい
3	アレルギー性の病気、アレルギー体質などはありますか？ (具体的に　　　　　　　　　　　　)	いいえ	はい
4	腎臓の機能が悪いと言われた事はありますか？	いいえ	はい
5	(女性のみ) 妊娠または妊娠の可能性はありますか？	いいえ	はい
6	(女性のみ) 授乳中ですか？	いいえ	はい

【医師記載欄】
●eGFR:______ml/min/1.73m^2 (3ヵ月以内のデータ推奨)※eGFR が 40 以下で造影不可(要相談)。
私は造影 MRI 検査の注意事項や副作用に関して説明を行いました。

説明医師の署名:　　　　　　科　氏名　　　　　　　　　　説明日:　　　年　　月　　日

造影 MRI 検査　同意書

私は担当医師から造影検査の目的、危険性について充分な説明を受け、上記説明文を読み、様々な副作用が起こりうる事を理解し、診断の為の必要性と危険性を考慮した上で造影検査を受ける事に同意します。また副作用が見られた場合には必要な処置を受ける事を承諾します。

■同意年月日:　　　　年　　　月　　　日

■患者氏名:

■保護者または代諾者氏名:　　　　　　　　(患者との関係)

※患者または代諾者どちらか一方は自署に限ります。
※本人が自署できない場合や未成年の場合は保護者または代諾者の自署が必要となります。
※検査に同意された後に、いつでも同意を撤回することができます。

ID:　　　　　　　　　　患者名:　　　　　　　　様

MRI 検査　当日チェック表

検査当日、担当技師が記入します。
技師記載欄には該当するものがなければ、「✓」を、該当するものがある場合は対応方法を記載。

予約日時:

		技師記載欄
禁忌事項	ペースメーカ等 禁忌事項に該当する体内金属	
体内金属	検査可能な体内金属	
医療機器等	持続グルコース測定器(リブレ等) DIB キャップ(導尿用バルーンの磁石キャップ) 入れ歯　補聴器　装具等	
金属類	時計　アクセサリー　ヘアピン　安全ピン カギ　お金 携帯電話等の電子機器	
磁気カード	クレジットカード　キャッシュカード 診察券　IC カード等	
衣類	ホック・ファスナー等の金属のついた衣類や下着 ヒートテック等の保温インナー 矯正下着　ブラジャー　ベルト	
化粧品類	カラーコンタクトレンズ アイメイク(アイシャドウ、マスカラ) ネイル　つけまつげ　ウィッグ　増毛パウダー	
その他	湿布　カイロ　エレキバン ニトロダーム　ニコチネル等貼付剤	

確認日:　　　　　　年　　　　月　　　　日

確認技師: