

M R I 検査を受ける際の注意事項

M R I 検査は強力な磁場を撮影に使用します。以下の注意事項をよくお読み下さい。

【M R I 禁忌の方（以下に該当しないことをご確認下さい。）】

心臓ペースメーカー、心臓人口弁等を装着の方
埋込型除細運器装着の方
脳動脈瘤手術後金属クリップを装着の方
ステント挿入後間もない方（6ヶ月以内）
人口内耳を装着されている方
義眼（磁石を使用したもの）
インシュリンポンプ等の医療器具使用者（体内外問わず）
手術、怪我や事故による金属片が体内に入っている可能性のある方
その他体内に金属があると考えられる方
女性の方で妊娠中もしくはその可能性のある方

【検査室に持ち込めないもの】

金属類は撮影画像が乱れる原因となります。また時計、キャッシュカード等は使えなくなったり、壊れる可能性があります。
アクセサリー／ヘアピン／時計／携帯電話／カイロ／エレキバン／キャッシュカード（磁気カード）／入れ歯／ボディスーツ等

【検査にあたり望ましくない事項】

微細金属や金属イオンを含有したものを装着または有しておられる場合は、金属が熱をもって火傷をする危険等があります。

化粧（特にアイライン・アイシャドー・マスカラ等）／入れ墨／ピアス・ボディピアス／かつら／ネイルケア用品（付け爪等）／カラーコンタクトレンズ等

検査中、工事現場のような騒音がします。

装置内部は制限された狭い空間となります。閉所恐怖症がある方は事前にお知らせ下さい。

撮影時間が長いため、長時間同じ姿勢を保てない方は検査を中止することがございます。

検査はほぼ1時間以内で終了いたしますが、開始・終了時間は、多少前後する場合がございますのであらかじめご了承下さい。

検査日に来院できない場合は、早めにご連絡下さい。

M R I 問診票

氏 名 _____

生年月日 M・T・S・H 年 月 日

体重 _____ **Kg**

(必ず記入してください。)

以下の質問にお答えください。

1. M R I の検査を受けたことがありますか？ (はい いいえ)
2. 心臓ペースメーカーを使用していますか？ (はい いいえ)
3. 今までに手術を受けたことがありますか？ (はい いいえ)
4. 3で「はい」と答えた方へ

*いつ頃ですか？ (昭和・平成) _____ 年頃

*何の手術ですか？

: 頭部 : 顔面 : 脊椎 : 心臓 : 血管 : 腹部 : 骨盤部

: 関節 : 手足 : その他

5. 体内に金属はありますか？ (はい いいえ わからない)

【はい】と答えた方(それは何ですか)

6. 妊娠されていますか？ (はい いいえ わからない)

7. 閉所恐怖症ですか？ (はい いいえ)

8. その他気になることがありましたら記入してください。

前回 (年 月 日) 問診票を医師再確認

*検査を実施 する しない (医師確認)

検査日: _____ 年 月 日 依頼医師名: _____