

# 同意書

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 様 生年月日： \_\_\_\_\_

## MRI

### 注意事項

- ・「予約時間」の15分前には西淀病院放射線科受付へお越し下さい。
- ・診療所・他院紹介などの場合も含めて、先に西淀病院受付を済ませてからお越しください。
- ・「予約時間」は厳守 をお願いします。

### 遅刻について

- ・遅刻された場合、後続の予約患者様のご迷惑となるため、当日空きがあれば、午前の最終枠「12-13時」もしくは午後最終枠「16-17時」への時間変更、又は後日診療科にて再予約ということになりますので、ご注意ください。
- ・MRI検査はすべての検査内容で「完全更衣」のもとで行います。更衣他、金属チェックを含め準備時間が必要です。「予約時間＝検査開始時間」ではありませんのでご注意ください。

### 時間

- ・検査所定時間は、検査部位・内容などにより異なりますが、おおよそ予約時間+45分～90分を見込んでおいてください。

### 検査当日の食事について

- ・腹部検査の場合、午前の検査であれば「朝食」絶食、午後の検査であれば「昼食」が絶食となります。絶食の可否や服薬については主治医にご確認ください。

私は、上記につき説明を受け納得しましたので、上記の検査を受けることに同意します。

記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

患者様：  
ご署名： \_\_\_\_\_

代理人様：  
ご署名： \_\_\_\_\_ (患者様との関係 \_\_\_\_\_)

医師名： \_\_\_\_\_ 同席者： \_\_\_\_\_

同席者無

# MRI検査問診票

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

MRI検査を安全に受けていただくために、以下の項目について確認させていただきます。

- I. 今までにMRI検査を受けたことはありますか . . . . .  いいえ  はい  
→「はい」と答えた方で、身体のどの部分のMRI検査でしたか ( \_\_\_\_\_ )  
その際、何か問題となったこと、気になったことがありましたらお書きください。

II. 下記項目に該当するものはありますか？

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカを装着している                        | <input type="checkbox"/> 人工内耳を装着している                 |
| <i>*MRI対応のペースメーカーでも、西淀病院には循環器専門医が常勤していないため、MRIはできません。</i>       |  |
| <input type="checkbox"/> 冠動脈内ステント術を4 カ月以内に施行している                | <input type="checkbox"/> 平成元年(1989年)以前に脳動脈瘤クリップ      |
| <input type="checkbox"/> 神経刺激装置を装着している                          | <input type="checkbox"/> 昭和50年(1975年)以前に人工心臓弁の手術を行った |
| <input type="checkbox"/> 眼球内金属粉+体内金属破片(弾丸・鉄片など)が職業上または事故等で混入した方 | <input type="checkbox"/> 入れ墨(全身)                     |
| <input type="checkbox"/> 妊娠初期(3か月以内)                            | <input type="checkbox"/> 該当項目なし                      |

→上記該当項目がない方にお訊ねします。

- 1) 体内に医療用金属が入っていますか? . . . . .  いいえ  はい  
「はい」と答えた方にお訊ねします。 部位 ( \_\_\_\_\_ ) 時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月から
- 2) 脳室腹腔シャントの手術をされましたか? . . . . .  いいえ  はい  
(24時間以内に再設定必要)
- 3) パーマネントアイライン・眉毛の入れ墨などを施していますか? . . .  いいえ  はい
- 4) 磁力装着型の義歯・義眼などされていますか? . . . . .  いいえ  はい  
(インプラントはMRI検査は可能ですが、画像が乱れることがあります)
- 5) 閉所恐怖症の可能性はありますか? . . . . .  いいえ  はい

## MRI検査にあたっての注意点

西淀病院 放射線科  
平成25.1.1 改訂

### 《MRI検査について》

MRI検査は、大きなトンネル上の磁石の中に入り磁気と電波を使用して行う検査で、放射線による被曝はありません。検査中は大きな音がしますが、信号を検出するための音ですので心配ありません。検査当日は検査着に着替えていただき、検査時間は20分から40分程度かかります。

### 《検査上のご注意》

以下の方は、検査を受けられない場合がありますので予め主治医にご相談ください。

1. 閉所恐怖症の方
2. 体内に「磁性体」「金属」を装着又は埋め込んでいる方
  - ・ 心臓ペースメーカー、体内埋め込み型の生命維持装置を装着の方
  - ・ 心臓弁置換術、金属クリップの脳動脈瘤手術後の方
  - ・ 施盤作業経験者で眼球内に金属片が入っている方又は、その可能性のある方
  - ・ 入れ墨、アートメイクをされている方（入れ墨の型崩れ・やけどを生じる可能性）
3. 妊娠初期の方、又は妊娠の疑いのある方
4. 検査の間、安静にできない方

### 《検査当日のご注意》

下記のは、磁気の影響を受ける可能性がありますので検査前に全てお外してください。

1. ヘアピン、マスカラ、化粧品(アイラインなど、金属を含んでいる化粧品はおとしておいてください)
2. カラーコンタクト、めがね
3. 補聴器、義歯(取り外しが可能なもの)、カツラ
4. 貼り薬(湿布、ピップエレキバン・ニトロダーム、ニコチンパッチ・ノルスパンテープ)  
※検査当日に貼っている場合は外させていただきます
5. 下着(金属やワイヤーが付いている下着)ベルト、コルセット
6. カイロ、鍼治療の置き針
7. 貴金属類(指輪・ネックレス・ピアス・イヤリング・プレスレット)
8. 時計、鍵、ライター
9. 財布、硬貨、キャッシュカード・テレホンカードなどの磁気カード類

### 《造影剤使用検査を受けられる方へ》

MRI検査で使用する造影剤は、副作用の少ない医薬品ですが、稀に蕁麻疹や呼吸困難などの副作用が発現する場合があります。事前に、検査薬使用の安全性を確認するために説明および別紙「造影剤検査問診票」にご記入ください。

### 《安静にできない方へ》

小さいお子様や何らかの事情で検査の間、安静にできない方はご納得頂いた上で、お薬で眠って頂く場合があります。

検査について不安に思われることやご不明点は、ご遠慮なくお訊ねください。

西淀病院 TEL (06)6472-1141(代表) 《平日:午前9時~午後4時30分》