

MRI 検査を受けられる患者さんへ



MRI（Magnetic Resonance Imaging：磁気共鳴画像診断）検査は、強い磁石と電磁波を用いて体内の状態を観察する方法です。

放射線の被ばくはありません。

狭いトンネルの中に入って行う検査で、大きな音が鳴ります。

MRI で使われる磁気や電波は人体に無害とされており、体には感じません。

検査時間は、約1時間です。

検査前の注意点

※ MRI 検査は強い磁石を用いますので、金属の無いような服装でご来院ください。必要な場合は、MRI 更衣室で着替えもできますので、ご相談ください。体内に金属が入っている患者さんは、検査できないことがあります。

下記のことを装着している場合は、必ず主治医にご相談ください。

- ◆心臓ペースメーカー ◆人工内耳 ◆人工関節 ◆人工骨頭 ◆心臓内人工弁 ◆胃瘻カテーテル
- ◆血管クリップ ◆ステント・塞栓コイル ◆刺青、アートメイク
- ◆人工肛門 ◆水頭症シャント ◆薬物注入用ポート ◆その他金属 など

※ 検査室に持ち込めないもの（磁石に引き寄せられてしまうもの、磁力により破損、故障してしまうもの）

- ◆金属類・・・・・・・・時計、ベルト、メガネ、ヘアピン、鍵、携帯電話、ピアス等のアクセサリー類など
- ◆磁気カード類・・・・・・・・キャッシュカード、クレジットカード、定期券など
- ◆その他・・・・・・・・補聴器、カラーコンタクトレンズ、マグネットタイプの入れ歯、カイロ、金属のついた下着、経皮吸収貼付剤など
- ◆化粧品（アイシャドウ類）には金属を含んでいるものがありますので、検査前に落としてください。
- ◆金属のボタンやファスナーなどが衣服に付いている場合は、検査着にお着替えして頂く場合もあります。
- ◆保温性の高い衣類（ヒートテック等）は、“やけど”する可能性がありますので着用しないでください。

MRI 検査について、検査中に患者さんが動いてしまった場合、検査を中止することもありますので、ご了承ください。

検査時間が長時間になることもありますので、検査前にトイレを済ませてください。

MRI 検査問診票

MRI 検査を安全に行うために、次の質問にお答えください。

ご本人、あるいはご家族等付き添いの方が責任を持ってお答えください。

(はい・いいえ・わからない) のうち、いずれか 1 つ〇で囲んでください。

- | | |
|--|------------------------|
| (1) 今までに MRI 検査を受けられたことがありますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (2) 心臓ペースメーカーや人工内耳を使用していますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (3) 今までに手術を受けたことがありますか？ | はい・いいえ・わからない |
| [はい] の場合は何の手術ですか？ () | |
| (4) 身体の中もしくは周りに金属を装着していますか？ | はい・いいえ・わからない |
| [はい] の場合は〇をつけてください。金属が不明なものは(17)に記載してください。
血管クリップ・人工骨頭・人工関節・心臓人工弁・ステント・義眼
医療用チューブ・塞栓コイル・放射線治療針・糖濃度測定機器・その他 () | |
| (5) 歯科矯正やインプラント、マグネットタイプの入れ歯をしていますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (6) 刺青やアートメイクをしていますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (7) カラーコンタクトレンズを装着していますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (8) 目の中に金属（金属片）が入っていますか？また、過去や現在に目の中に金属が入るような可能性のある職業（例えば建設機械を扱う仕事など）についてありますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (9) 補聴器を使用していますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (10) 経皮吸収貼付剤（ニトロダーム TTS 等）を使用していますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (11) 狭い所に入って気分が悪くなったことがありますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (12) 喘息と言われたことがありますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (13) 腎臓病または腎機能障害といわれたことがありますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (14) 薬剤でアレルギーがありますか？ | はい・いいえ・わからない |
| (15) 現在、妊娠中ですか？ | はい・いいえ・わからない |
| (16) 現在の身長と体重を記載してください | 身長_____cm
体重_____kg |
| (17) MRI 検査について 聞きたいことがありましたら記入してください。 | |

記入日 年 月 日 記入者氏名 _____

回答者（本人・配偶者・父母・兄弟姉妹・子・親権者・保護義務者・法定代理人・その他）

※問診票の結果によっては、身体の安全性を考慮し検査を中止することがあります。

※こちらの問診票に記入し、診察時に提出してください。