

MRI検査についての御注意

患者ID	検査日	年	月	日
患者氏名	検査時間		時	分
生年月日	来院時間		時	分
	担当医師名			

1. 検査当日は更衣しやすい服装でお越しください
2. 次に該当するものは検査室内に持ち込めません
検査中は更衣室（鍵付き）でお預かりいたします
(1) 磁気カード類（キャッシュカード etc）
(2) 金属類（ヘアピン、ネックレス、イヤリング etc）
3. アイシャドーは検査に影響を与える可能性がありますのでご遠慮ください
4. コンタクトレンズ御使用の方は、検査時はずして頂く場合がございますのでレンズケース等お持ちください
5. 持続血糖測定器（リブレ等）をご使用の方は、検査前に外していただくか交換時期に合わせて検査日を調整していただく必要があります。
6. 入墨をしている方は機器の影響で身体が熱くなることがありますので、あらかじめご了承ください
7. 検査結果は主治医にお尋ねください
8. 緊急検査及び機械の調整等で止むなくして予約日時の変更、もしくは検査時間が遅れる場合がありますので、予めご了承ください
9. 検査予定時刻の30分前までに来院してください
10. 予約を変更される場合は検査前日までに下記へご連絡ください

〈予約に関するお問い合わせ〉 受付時間 13:00～15:00
朝日大学病院
電話番号 058-253-8001 (代表)

MRI検査問診票

<u>ID</u>	<u>判定医師</u>	<u>(判定) 可・不可</u>
<u>患者氏名</u> <u>様</u>	<u>判定日</u>	<u>年</u> <u>月</u> <u>日</u>
<u>生年月日</u>	<u>コメント</u>	
	<u>放射線部確認者</u>	

MRI検査を、より安全に受けていただくため、下記の質問にお答え下さい。

1. 心臓ペースメーカー、ICDなどを装着していますか。 (はい ・ いいえ)
(ICD：植込み型除細動器)
2. 持続血糖測定器（リブレなど）を装着していますか。 (はい ・ いいえ)
3. 脳深部刺激装置、脊髄刺激装置などを装着していますか。 (はい ・ いいえ)
4. 脳動脈瘤クリップの手術をうけていますか。 (はい ・ いいえ)
5. 脳室シャントバルブが体内に埋め込まれていますか。 (はい ・ いいえ)
6. 骨折、手術等で体内に金属がありますか。 (はい ・ いいえ)
7. 補聴器、人工内耳、義眼を使用していますか。 (はい ・ いいえ)
8. 磁石つき入れ歯を使用していますか。 (はい ・ いいえ)
9. 磁石つき膀胱瘻カテーテルを留置していますか。 (はい ・ いいえ)
10. 刺青（入れずみ）がありますか。 (はい ・ いいえ)
11. 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか。 (はい ・ いいえ)
12. 妊娠、またはその可能性がありますか。 (はい ・ いいえ)
13. 心臓の貼薬、カイロ、エレキバンをはっていますか。 (はい ・ いいえ)
14. カラーコンタクトレンズを使用していますか。 (はい ・ いいえ)
15. 体重 (kg)

朝日大学病院