MRI検査を受けられる方へ

※大切な注意事項ですので、よくお読みになってから問診票を御記入ください。

（1） 検査当日は、**保険証・問診票・紹介状等**をお持ちになって、検査予定時間の30分前に「初診受付」で受付をすませた後、放射線科の窓口にお越しください。

（2） 検査は予約制ですので、来院できない場合は前もって電話連絡をしてください。

電話 （代表）0898-64-2630　 MRI室：内線 2121

（3） 検査には**30分～1時間程度**かかりますので、検査前に用便を済ませておいてください。

（4） MRI室には更衣して入りますので、脱ぎやすい服装で、下着は金属性のボタン・ホックなどがないものを着用してください。

（5） コンタクトレンズを装着している方は、取り外しての検査となりますので、レンズケースと保存液をご持参ください。

（6） この検査は強い磁場を使用しますので、下記の品物は持参しないか、あるいは更衣室（施錠付き）に保管しておくようにして下さい。

・磁気カード類（キャッシュカード類）・時計・補聴器・電子計算機・携帯電話
・ポケットベル・指輪・ヘアピン(アクセサリー類)・鍵・ライター・眼鏡・筆記具
・使い捨てカイロ・その他の金属類

（7） 腹部のMRI検査又は造影MRI検査を行う場合、検査直前の食事はとらないで下さい。水分については、特に指示がない場合とっていただいてもかまいません。

（8） 場合によっては、化粧を落としていただくことがあります。ご了承ください。

●造影MRI検査について

MRI検査にMRI造影剤を使用する場合があります（造影MRI検査）。
MRI造影剤を使うことで、病気についてさらに多くの情報を得ることができます。
造影MRI検査では、造影剤を静脈に注射して検査を行います。

※〈MRI造影剤の副作用について〉
ごく稀ではありますが次のような副作用が起こる場合があります。
・重大な副作用：ショック等が起こる事があります。
・その他の副作用：発疹、熱感、頭痛、嘔吐等が起こる事があります。
検査中に、このような症状が出た場合は、直ちにお知らせ下さい。

西条市壬生川131番地
西条市立周桑病院
電話：0898－64－2630

MRI検査問診票 兼 同意書

年　　月　　日

フリガナ 受診者 氏　名		生年月日	明・大 昭・平 令　　年　　月　　日	性別	男・女
住　所				電話番号	
保険者番　号		記号番号		患者負担	割
被保険者 氏　名		本人 家族	公費	負担者番号	
				受給者番号	
あて先	放射線科　　他の診療科（　　科）				
紹介施設名			紹介医師名		

1	今までにMRI検査を受けたことがある	（ はい ・ いいえ ）
2	「はい」と答えた方はそのときに変わったことがあった （「はい」の方は具体的に:	（ はい ・ いいえ ）
3	MRIの造影検査を受けたことがある	（ はい ・ いいえ ）
4	「はい」と答えた方はそのときに変わったことがあった （「はい」の方は具体的に:	（ はい ・ いいえ ）
5	心臓ペースメーカーを装着している →「はい」と答えた場合、MRI検査は受けられません	（ はい ・ いいえ ）
6	事故などで体内・眼に鉄粉などが入っている	（ はい ・ いいえ ）
7	なんらかの手術をしている	（ はい ・ いいえ ）
8	人工関節・脳動脈クリップ・義眼など金属を体内に埋め込んでいる	（ はい ・ いいえ ）
9	入れ歯をしている ※磁石式の入れ歯はMRI検査後に磁力が低下する場合があります。必ず申し出てください。	（ はい ・ いいえ ）
10	コンタクトレンズを装着している ※「はい」と答えた場合取り外しての検査になりますので保存液とレンズケースをご持参下さい。	（ はい ・ いいえ ）
11	補聴器をしている	（ はい ・ いいえ ）
12	入れ墨をしている	（ はい ・ いいえ ）
13	不整脈がある	（ はい ・ いいえ ）
14	妊娠している	（ はい ・ いいえ ）
15	てんかんの既往がある	（ はい ・ いいえ ）
16	30分程度仰向けでじっとしていられる	（ はい ・ いいえ ）
17	閉所恐怖症がある	（ はい ・ いいえ ）
18	小児ぜんそくやぜんそくの既往がある	（ はい ・ いいえ ）
19	腎臓に病気がある （具体的に:　　）	（ はい ・ いいえ ）
20	心臓に病気がある （具体的に:　　）	（ はい ・ いいえ ）
21	眼の病気で緑内障と言われたことがある	（ はい ・ いいえ ）
22	前立腺肥大と言われたことがある	（ はい ・ いいえ ）

注意事項をよく理解しましたので、MRI検査を受けることに同意します。

年　　月　　日

本人又は代理人＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　続柄＿＿＿＿＿＿

貴方の検査予定日時は、　　年　　月　　日 午前・午後　　時　　分頃です。

以下は記入しないで下さい

医師の判定

MRI検査を　（ する・しない ）確認医師

造影剤の使用を（ する・しない ）確認医師

造影検査を行う場合は以下の記入をお願いします

【腎障害（血清 Cr ＞ 2.0）　　月　　日 CRE　　】

西条市立周桑病院　地域医療連携室TEL:0898－76－1266（直通） FAX:0898－76－1267（専用）

2024.7
2025.8 改

MRI 入室前チェックリスト

MRI 検査できないもの

□人工内耳 ・中耳

□ペースメーカー

□磁力装着義眼

□美容整形(金糸)

□妊娠

検査当日までに素材や MRI の可否を確認するもの(火傷、発熱、動く恐れあり)

□手術等による
体内金属

□ 入れ墨・タトゥー
アートメイク

□歯科矯正・歯科磁気インプラント
入れ歯

検査当日までに外してくるもの

□エクステ(髪・まつげ)
つけまつげ

□ネイルアート(手・足)
ジェルネイル・つけ爪

□増毛スプレー
□整髪料

検査当日は控えるもの

□UV ケア用品
白髪染めスプレー・制汗スプレー
化粧(アイライン・アイシャドウ・マスカラ)

検査前に外すもの

□財布

□磁気カード
診察券・銀行カード

□湿布薬・カイロ・貼付剤
置き針・エレキバン

□アクセサリー
腕時計

□安全ピン

□かつら・ヘアピン

□カラーコンタクト
補聴器・メガネ

□ ファスナー
ベルト

□鍵 ・小銭

□金属入り
マスク

□携帯電話
スマートフォン

□ 身体補助具 ダイエット器具
(装具・金属入りサポーター・パワーアンクル等)

(ヒートテック等)
□金属の付いた衣類・下着
遠赤外線・保湿下着

□持続血糖測定器

※ 確認者(医師・看護師など)_____ ※ **患者署名** _____