

川崎協同病院 単純MRI検査予約票

お名前： _____ 様 体重 _____ kg

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 () 予約時間： _____ 時 _____ 分

検査部位： 頭部・頸椎・腰椎・肩・膝・腹部・骨盤・他 _____

※ 予約時間の30分前までに1階総合受付に予約票と保険証・紹介状を出してください。

<検査について> ※安全に検査を行うため、必ずMRI検査問診票にお答えください

MRIは強力な磁気と電磁波を使用します。MRI内において金属は吸着、発熱するため危険です。また、体内に植込まれた機器が誤作動し、身体に重篤な影響を及ぼす可能性があります。



磁性金属
のある人

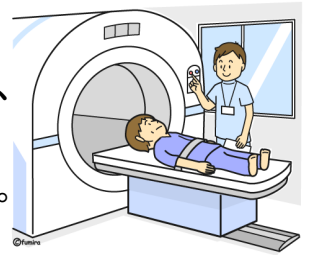


ペースメーカー
装着者

<諸注意>

- ・ 事故防止のため、撮影部位にかかわらず検査着に着替えていただきます。
- ・ **メガネ、コンタクトレンズ**は種類により金属を含有しているため外していただきます。当日は**ケースや保存液、予備のコンタクトレンズ**などご持参ください。
- ・ **マスカラ、アイシャドー**などは金属を含有しているため、やけどの恐れがありますのでご遠慮ください。
- ・ 貼り薬は剥がしますので、新しいものをご持参ください。
- ・ 検査時間は約30分です。

* 予約時間に遅れた場合は、検査ができないことがあります。



<お食事・お薬について>

- ・ **腹部、骨盤部を検査する方**は、検査時間の4時間前からお食事しないでください。
- ・ **処方薬の服用**は、かかりつけの医師・看護師の指示に従ってください。

川崎駅 (JR・京急) から

JR 東口7番バス乗り場から「大師」行
(川23系統) 乗車

→「桜本」下車

京急大師線川崎大師駅バス乗り場から

「川崎駅」行 (川23系統) 乗車

→「桜本」下車

<お問い合わせ>

川崎協同病院 地域連携室

044-266-2119 (直通)

044-299-4781 (代表)



※裏面もご確認ください

MRI 問診票

検査を安全に行うために、以下の問診に教えてください。
 ※問診の結果によっては、検査が受けられない場合があります。

禁忌事項		
※ 下記に該当する装置や金属が体内にある場合は MRI 検査を受けることができません。 MRI 室に入ることにより機能が損なわれ、身体に重篤な影響を及ぼします。		
心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、人工内耳、ほか体内植え込み式装置、スワングアンツカテテル、VP シャント、VA シャント、磁力で固定する義眼		
禁忌事項に該当するものがありますか	はい	いいえ

担当者
確認欄

注意事項		
以下の項目を確認してください。 ※問診に該当する場合は検査ができないことがあります		
1	2000 年以前に施行した脳動脈クリップはありますか	はい → 2へ いいえ → 3へ
2	クリップは磁性体ですか ※「はい」の方は検査できません	はい いいえ
3	頭や心臓の手術を3ヶ月以内にしましたか ※「はい」の方は検査できません	はい いいえ
4	体内に金属が残るような手術歴や怪我はありますか	はい → 5へ いいえ → 6へ
5	具体的に教えてください どこに： 何が：	
6	磁石で固定する装具がありますか（義歯、ほか） ※MRIにより磁石が壊れます	はい いいえ
7	刺青やマコ墨をいれていますか ※低温やけどや変色、変形の恐れがあります	はい いいえ
8	閉所恐怖症がありますか	はい いいえ
9	【女性のみ】妊娠している、またはその可能性はありますか ※原則禁忌	はい いいえ

担当者
確認欄

・・・・・・・・・・以下、川崎協同病院にて記入します・・・・・・・・・・

MRI 検査施行についての同意書

説明日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 説明医師： _____

MRI 検査について「諸注意」「禁忌事項」「注意事項」について上記説明医師より説明を受け、内容を理解しました。

MRI 検査の実施に 同意いたします。 同意しません。

説明を
 受けた日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者署名： _____