

MRI検査説明書

1.MRI検査について

- ・強い磁場を用いた画像検査です。
- ・狭いトンネル（直径約60cm）の中に入り、大きな音がなります。
- ・電磁波を用いるため、体（特に撮影する場所）が温くなります。

2.MRI検査の危険性について

- ・体内及び対外の電子機器はMRI検査によって破損や誤作動を起こすことがあります。
- ・体内に金属ある場合、画像のゆがみにより十分な検査ができないことがあります。
- ・入れ墨やアートメイクは火傷や変色の可能性があります。
- ・妊娠初期（14週未満）の方は十分な安全が確認されていないため注意が必要です。

3.造影剤の危険性について

- ・重症腎機能障害（透析中も含む）の方には使用できません。
- ・造影剤の使用により副作用が出現することがあります。

（軽い副作用）吐き気、蕁麻疹、発疹など	500～1000人に1人
（重い副作用）血圧低下、息苦しさ、意識不明	数万人に1人
（極めてまれ）非常に低い確率で重篤な状態に至ることがあります	

- ・造影剤が血管外に漏れ、注射部位が腫れて痛みを伴うことがあります。

- 万一の副作用に対して万全の態勢を整えて検査を行っています。
- 副作用に対して行う治療については一任して頂きます。
- 検査中に気分が悪くなった場合は、すぐにお知らせください。
また、ご不明な点がございましたら医師または検査技師へお尋ねください。

MRI検査同意書

私はMRI検査を受けるにあたり、検査の目的や注意事項について説明を受け、十分に内容を理解しましたので、検査を受けることについて同意します。また、検査を行う上で必要な処置および不測の事態に対する緊急処置を受けることについても同意します。

説明日： _____

説明医師名： _____

同意日： _____

患者氏名： _____

代理人氏名： _____

（患者との続柄： _____）
※本人の署名がある場合、代理人の署名は不要です。

MRI検査の問診票

安全にMRI検査を行うため、該当するものに記載をお願いいたします。

1.今までにMRI検査を受けたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

2.手術を受けたことがありますか？該当するものにチェックと記入をお願いいたします。

☐ 心臓ペースメーカー、ICD、CRT-P、CRT-D

(いつ： 年頃 施設名：)

☐ 心臓外科の手術（バイパス手術、心臓弁手術など）

(いつ： 年頃 施設名：)

☐ 脳血管外科の手術（脳動脈クリップ、脳動脈コイル、VPシャントなど）

(いつ： 年頃 施設名：)

☐ 整形外科の手術（人工関節、プレート、ボルトなど）

(いつ： 年頃 施設名：)

☐ 産婦人科の手術（避妊用金属リング）

(いつ： 年頃 施設名：)

☐ 直近で内視鏡用いた手術（消化管クリップ、消化管ステント）

(いつ： 年頃 施設名：)

3.人工内耳が体内に入っていますか？ (いいえ ・ はい)

4.神経刺激装置（脳神経、脊椎）が体内に入っていますか？ (いいえ ・ はい)

5.入れ墨、タトゥー、アートメイク、眉墨はありますか？ (いいえ ・ はい)

6.仕事や外傷により、体内に金属が入っている可能性はありますか？ (いいえ ・ はい)

7.歯科矯正器具やマグネット式のインプラントはありますか？ (いいえ ・ はい)

8.妊娠または妊娠の可能性はありますか？ (いいえ ・ はい)

9.閉所恐怖症やパニック障害はありますか？ (いいえ ・ はい)

●下記に記載のものは機器の破損、やけどを起こす危険性があります。事前に外して下さい。

化粧品：マスカラ、アイシャドー、まつげエクステなど

装飾品：ネイルアート（ジェルネイルやマグネットネイルなど）、ピアス、ネックレス

貼り薬：湿布、ニトロダーム、カイロ、エレキバン

その他：カラーコンタクト、ヒートテックなどの肌着類、増毛パウダー（ミリオンヘアー等）

●下記に記載の物はMRI室に持ち込むことができません。

貴重品：鍵、財布、スマートフォン、携帯電話、クレジットカードなどのカード類

装飾品：腕時計、指輪、ヘアピン

その他：眼鏡、補聴器、かつら、ウィッグ、エクステ、筋トレ道具

確認日： / /

事前確認者： _____

確認日： / /

事前確認書（技師）： _____

MRI検査を受けられる患者さまへ

フリガナ		性別	生年月日	
患者氏名		男・女	大・昭 平・令	年 月 日 歳

予約日時： 年 月 日 () 時 分

検査名：

【検査当日】

- 検査予約時間の30分前に受付にお越しください。
- 検査当日は、マイナンバーカードまたは資格確認書・診療情報提供書をお持ちください。
- 検査当日は、MRI同意書・MRI問診票をお持ちください。
- 診察の都合上、緊急を要する患者様を優先する場合がございますので、予めご了承ください。

【当日の食事・飲水について】

- 腹部MRI検査の方は、検査3時間前より食事を摂らないで下さい。
- ※ 水、白湯、カフェインの含まれないお茶は飲んでいただいて構いません。
- MRCP検査の方は、検査6時間前より食事を摂らないで下さい。
- ※ 水分は1時間前より摂らないで下さい。

【前処置について】

- 膀胱、前立腺の検査の方は、検査の1～2時間前より排尿を控えて下さい。

- 検査日の変更・キャンセルは東京ハートセンター 医療連携室までご連絡ください。
TEL：03-5789-8108（医療連携室直通）

【交通アクセス】

〒141-0001 東京都品川区北品川5-4-12
TEL：03-5789-8100（病院代表）

電車でお越しの方

・JR山手線・大崎駅南改札より徒歩8分

車でお越しの方

・首都高速道路 目黒、勝島、大井の各ランプから約10分
※当院に患者様用駐車場はございません。