

単純 造影 MRI 検査の問診票（にチェックを入れてください）

患者さま記入欄

1. 今まで、MRI 検査を受けたことがありますか？ いいえ はい
 2. 体内に心臓ペースメーカー・植込み型除細動器・人工内耳・神経刺激装置はありますか？
いいえ はい→当院では検査できません
 3. 手術や怪我などで体内に金属が入っていますか？（人工関節・脳動脈瘤クリップ・ステントなどを含む）
いいえ はい→素材・部位・時期を具体的に（ ）
 4. 以下のものを身につけられている場合は○をつけてください
入れ歯・補聴器・カイロ・湿布・装具（コルセットサポーター）・めがね・増毛スプレー・義眼
マグネットネイル*・まつげエクステ*・アイメイク・カラーコンタクトレンズ・かつらウィッグ
アクセサリ（指輪ネックレス等）・持続血糖測定器（リブレ等）・その他（ ）
※取り外しが可能な金属類は検査前にすべて取り外してください。
※マグネットネイル・まつげエクステは事前にオフしてからご来院ください。
 5. 以下の取り外せない金属がある場合は○をつけてください
入れ墨*・アートメイク*・金糸・インプラント・圧可変式 VP シャント・インスリンポンプ
尿道カテーテル（DIB キャップは持ち込み不可）・その他（ ）
※やけど、変色の可能性があることをご了承いただいた上での検査になります。
 6. 閉所恐怖症はありますか？ いいえ はい
 7. 女性の方のみ：妊娠中、または妊娠している可能性はありますか？ いいえ はい
- ◆◆◆以下は、造影 MRI 検査を受けられる方のみご回答ください◆◆◆**
8. 今まで、造影剤を用いた MRI 検査を受けたことがありますか？ いいえ はい
 9. はいと答えた方、その時、副作用はありましたか？ いいえ はい→症状（ ）
 10. 腎臓の病気・機能不全と言われたことがありますか？ いいえ はい 透析中
 11. アレルギー体質、アレルギーの病気はありますか？ いいえ はい→具体的に（ ）
 12. 今までに喘息（ぜんそく）と言われたことはありますか？ いいえ はい 現在治療中

20 年 月 日 患者さま(代筆者さま)の署名: _____ (続柄: _____)

主治医記入欄

上記問診を確認し、注意事項と検査の必要性を説明した上で 単純 造影 MRI 検査は可能と考えます
※ただし、当日の状態によっては単純 MRI に変更もしくは MRI 検査不可とさせていただく場合もございますので、
ご了承ください

20 年 月 日 依頼元医療機関名: _____ 主治医の署名: _____

MRI 検査の説明と同意書（よくお読みになり、下の同意書にご記入ください）

1. 検査の必要性について

今回実施するMRI検査は、強力な磁場と電磁波を使用して、あなたの病気の状態を詳しく調べ、診断、および治療方針を決定するための大切な検査です。

2. MRI 装置について

筒状の大きな磁石の中に体を入れた状態で検査を行います。検査中は大きな音がしますが、検査のための音なので心配ありません。検査中は体を動かさないように、安静にしてください。

3. MRI 検査の危険性について

体内および体外の電子機器はMRI検査によって破損や誤作動を起こすことがあります。

体内に金属がある場合、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。

金属類、精密機器（携帯電話、腕時計、補聴器等）はMRI室へは持ち込めません。

持ち込んで故障などが生じた場合の責任は一切負えませんのでご了承ください。

入れ墨やアートメイク等はやけどや変色の可能性があります。

妊娠初期（14週未満）の方は胎児の十分な安全が確認されていないため、当院では検査できません。

◆◆◆以下は、造影MRI検査についての説明です◆◆◆

造影MRI検査は、ガドリニウム造影剤という種類の薬剤を静脈から注射して行います。

4. 造影剤の危険性について

喘息の既往のある方、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。

（軽度） 吐き気、じんましん、発疹など 500～1000人に1人

（重度） 血圧低下、息苦しさ、意識不明 数万人に1人

非常に低い確率で死亡に至った例もあります 数十万人に1人

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。

これらを総合して、今回行う単純MRI検査は、あなたの病気診断、および治療方針を決定する上で、危険性を上回る利益があるものと判断します。

この説明に同意いただける場合は、下の同意書に署名をお願いいたします。ただし、同意はいつでも撤回することができます。

同意書

私は、MRI検査の必要性と危険性について十分な説明を受け理解しましたので、検査を受けることに同意し署名します。

20 年 月 日

患者さま（代筆者さま）の署名： _____（続柄： _____）

※ご本人が署名できない場合は代理者さまが署名してください。

主治医記入欄

私は、当該患者に、今回行うMRI検査の必要性と危険性について説明を行い、検査を受けることに同意を得ました。

20 年 月 日

依頼元医療機関名： _____ 主治医の署名（自署）： _____

MRI 検査予約票

様

下記内容で予約をいたしました

検査日： 年 月 日（ ）	予約時間： 時 分
検査内容（検査部位）：	

- 問診と事前準備のため、予約時間の **20分前** にご来院ください
(9時・14時にご予約の方はご予約のお時間ちょうどにご来院ください)
- 紹介状・マイナ保険証（資格確認書）**を忘れずにご持参ください
- マグネットネイル・まつげエクステ・カラーコンタクトレンズ・増毛パウダー・アイメイク**
持続血糖測定器（リブシなど）は**あらかじめ取り外してご来院ください**
- MRCP（膵・胆のう）検査の方：
食事・飲水はしないでください（検査予約3時間前から）
- 骨盤部（子宮卵巣・前立腺）検査の方：
排尿（お手洗い）を我慢してください（検査予約1時間前から）
- 造影検査の方：
食事はしないでください（検査予約3時間前から）
※水分摂取は問題ありません（水、お茶のみ）

●電車でお越しの方（伊予鉄道 市内電車）
平和通一丁目駅より徒歩1分（70m）
上一万駅より徒歩4分（260m）

●バスでお越しの方
伊予鉄バス
松山空港線日赤前より徒歩1分（30m）
伊台線上一万駅前より徒歩5分（300m）

●お車でお越しの方
第1駐車場（敷地内）4台
第2駐車場（レディ薬局日赤前店東隣）5台

愛媛大学 城北キャンパス 松山赤十字病院

レディ薬局 日赤前店 セブンイレブン 松山赤十字病院前店

←至 本町 平和通り 至 道後→

セブンイレブン 松山平和通1丁目店 道後画像クリニック dogo imaging clinic

〒790-080
愛媛県松山市平和通1丁目5-35
TEL:089-924-8733