

MR 検査予約票

ID : 患者様氏名 : 様

検査日 :	検査予定時間 :
-------	----------

検査部位 : 依頼科 : 放射診 病棟 :

MR 検査をうける方へ

- (1) 検査当日は、**検査予定時間の 15 分前に MR 検査室に直接おこしください。**検査内容により予定時間が前後することがありますのでご了承ください。
- (2) この用紙 (MR 検査予約票) と MR 検査問診票 (提出用) を必ず MR 検査室受付へ提出してください。MR 検査問診票を忘れた場合、検査が受けられないことがあります。
- (3) 食事について : 特に制限はありません。
- (4) 水分について : 特に制限はありません。
- (5) 下記のものが体内にある方は検査を受けられません。

・心臓ペースメーカー ・金属製の心臓人工弁 ・人工内耳 ・磁石式義歯及び義眼 ・神経刺激装置 (深部脳刺激装置) ・冠状動脈等に磁性体のステント挿入後 2 ヶ月未満

- (6) 以下に該当する方は**検査を受けられないことがあるため、担当医師に申し出て下さい。**

①妊娠中もしくは妊娠の可能性のある ②脳動脈瘤手術による金属クリップやコイル、ステント、その他体内に金属がある ③入れ墨 ④閉所恐怖症

- (7) 以下のものは検査室へは持って入れません。事前に外していただきます。

入れ歯, 補聴器, ベルト, 時計, 湿布, カイロ, エレキバン, 磁気カード, 携帯電話, カラーコンタクトレンズ。当日はコンタクトレンズのケースや予備をご持参ください。

※ 検査は予約制になっていますので、当日都合で来られない方は下記へご連絡下さい。

独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 放射線診断科

TEL (06)-6942-1331

ホームページ

<https://osaka.hosp.go.jp/rt/radiodiagnosis/main.html>

(2015/11)

MR 検査問診票 (提出用)

* 必要事項に記入の上、検査当日に持参してください。

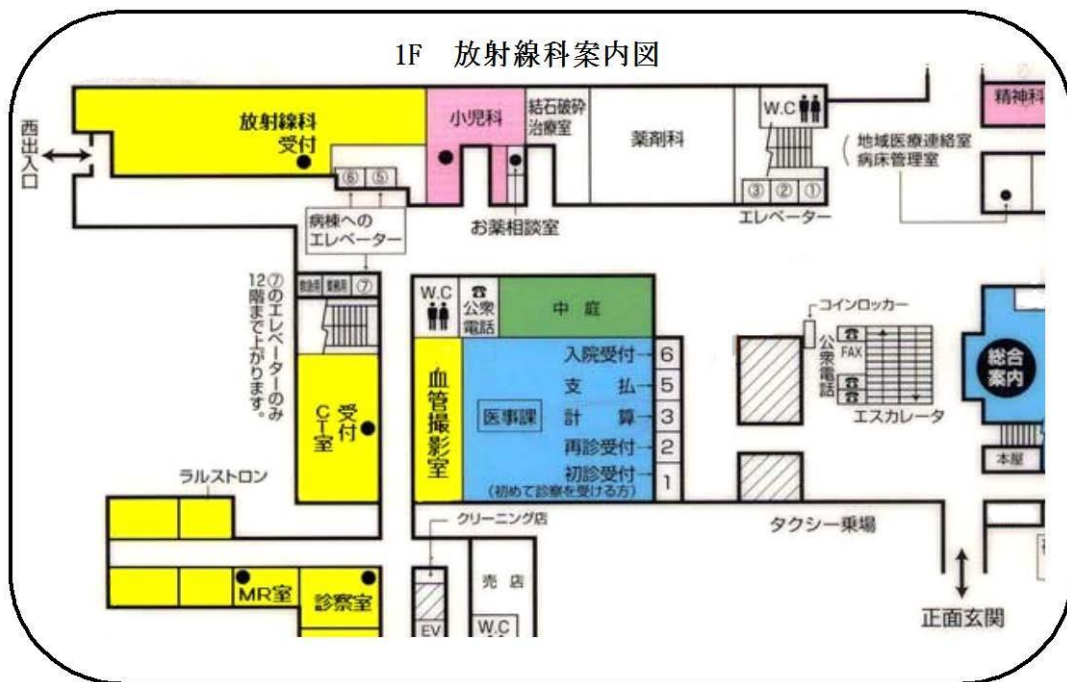
検査日 :

ID : 患者様氏名 : 様

当てはまる箇所に✓印を入れてください。

“あり”の場合、該当するものを○で囲み、()の中へ具体的にお書きください。

1. 心臓ペースメーカーを埋め込んでいますか？ なし あり 2. 経皮吸収貼付剤「ニトロダーム・ニコチネル」を貼っていますか？ なし あり
3. 体内および装着している金属などがありますか？ なし あり 脳動脈瘤クリップ・コイル・ステント・人工心臓弁・人工関節等・ネイルアートカラーコンタクトレンズ・入れ歯・補聴器・タトゥー・その他()
4. いままでにMR検査を受けたことはありますか？ なし あり (いつごろです？ : _____) 5. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい 6. 妊娠していますか？(女性の方のみ) いいえ はい 7. その他(お気づきのことをお書きください : _____)



独立行政法人 国立病院機構 大阪医療センター 放射線診断科

MR I 検査チェックリスト

検査日

ID _____ 患者様氏名 _____ 様

検査直前(出室時)に

チェック者氏名


それぞれの項目を確認して□に✓をお願いします(病院スタッフ施行)

安全確認項目

・手術などで体内に金属はありますか？(あればMRI撮像可能か確認必須)


ペースメーカー
スワンガンツカテーテル
禁忌
あり なし


人工内耳
禁忌
あり なし


脳動脈クリップ コイル
ステント(グラフト) IVCフィルター
あり なし


インプラント

あり なし


人工関節等
(すべての部位)

あり なし

・金属を含む物を身につけていますか？(必要のない物は外して下さい)


補聴器

あり なし


アクセサリー
ネイルアート
あり なし


入れ歯、差し歯

あり なし


カラーコンタクト

あり なし


アイシャドー
アートメイク
あり なし


タトゥー、入れ墨
原則
禁忌
あり なし


財布、小銭
磁気カード類
あり なし


カギ

あり なし


時計

あり なし


携帯電話

あり なし


ヘアピン・ピアス

あり なし


体温計

あり なし

・湿布、カイロ、モニターパッチなどの貼り物はありますか？
(上記以外の貼り薬は種類によって異なるため相談)


湿布・カイロ あり
 なし


モニターパッチ あり
 なし

・シリンジポンプ、輸液ポンプ、酸素ボンベ、人工呼吸器はありますか？人工呼吸器はMRI対応品ですか？
(病棟で外せない装置はMRI室で病棟スタッフに外していただきますので付き添いが必要です)

(人工呼吸器はMRI室にありません。病棟で対応品を装着し出室して下さい)


シリンジポンプ あり
 なし


輸液ポンプ あり
 なし


酸素ボンベ あり
 なし


人工呼吸器 対応
 非対応
 なし

・搬送は車いす、ストレッチャーですか？

それらはMRI対応品ですか？

(車いす、ストレッチャーが非対応の場合MRI室にて
専用のものに移ってもらいます)


車いす 対応
 非対応
 なし


ストレッチャー 対応
 非対応
 なし

・尿管カテーテルは温度センサーが付いていますか？
(付いている場合は金属のコネクター部が露出しないようにカバーして下さい)


温度センサー あり
 なし

・このチェックリストは、同意書または問診票と必ずセットで提出して下さい