

MRI検査 確認書

医療法人社団ミッドタウンクリニック

担当施設院長 殿

～ご注意～

ボールペンでご記入ください

ID:	
名前:	

1 MRI検査について

MRI(Magnetic Resonance Imaging)とは、高い磁場内でその磁力と電波(高周波)を利用して体内における水素の情報を画像化する検査です。MRI検査は、放射線を使用していないため、放射線被ばくの影響を受けることはありません。MRIの磁力の大きさを表す国際単位を<テスラ>と言います。当院では3.0テスラのMRIを使用しています。

磁力と電波は通常人体に影響はありませんが、**体表面や体内に金属があると正確に検査ができないだけでなく、場合によっては、発熱などの危険が生じます。**安全に検査を行うために、禁忌事項・準禁忌事項・検査前の確認事項をご確認ください。

2 検査の流れ

検査前室で金属探知機を使い金属類の外し忘れチェック、受付で記入された問診票に間違いがないかの確認をします。担当技師の案内でMRI検査室に移動します。検査部位にコイルと呼ばれる受信機を付け狭い筒状の装置に入り検査を始めます。

検査中は大きな音や振動がします。前述の如く身体に悪影響はありませんが、騒音を含めた閉所恐怖症の方は事前にお申し出ください。

様々な角度、色合いの異なる画像を撮影するため、検査時間は20分～30分、またはそれ以上かかる場合があります。

検査中に熱感やしびれなどの違和感や、気分が悪くなることがございましたら、ブザーでお知らせください。

3 MRI室に持ち込めないもの

破損や、やけどなどを起こす危険がありますので、検査前に必ずお外してください。

金属類（メガネ、アクセサリ、補聴器、ヘアウィッグ） 、 電子機器（携帯電話、時計） 、 磁気カード 、 カラーコンタクト
禁煙パッチ（ニコチネルTTS） 、 ニトログリセリン貼付剤（ニトロダームTTS） 、 着脱可能な医療機器（持続型血糖測定器など）

4 検査前の確認事項（検査当日にスムーズにご案内できるように必ず事前に確認をお願いします）

1 口腔内金属が付いている ☐ はい ☐ いいえ

上記1. で『はい』を選択された方にお聞きます。口腔内金属は以下のどれでしょうか。

歯科磁石式インプラント

→ MRI検査をお受けいただくことはできません。

インプラント・歯科矯正器具・ワイヤー

→ 以下2点のいずれかの確認でMRI検査を実施することができます。

☐ 歯科医師にMRI検査実施可能であることを確認しています

☐ 過去に3.0テスラMRI検査を受けたことがある

2 入れ墨（タトゥー、アートメイク）をしている ☐ はい ☐ いいえ

上記2. で『はい』を選択された方にお聞きます。

使用されている色素の一部の種類には「鉄」などの金属（磁性体）を含むものがあり、MRI検査を実施することで以下の症状を引き起こす可能性があります。

■ 皮膚に火傷や、ひりひりとした違和感を起こす可能性があります

■ 図柄の変形や変色を起こす可能性があります

→ ☐ 了承の上で、MRI検査を希望します

3 磁性体【マグネットや金属】を用いた装飾（※マグネットネイル・ミラーネイル・ ☐ はい ☐ いいえ

ネイル装飾用パーツ・マグネット式つけまつげ等）を装着している

上記3. で『はい』を選択された方につきまして、マグネットネイルなど磁性体を使用したネイルアートをしている方や装飾が金属探知機に反応する方はMRI検査をお受けいただくことができません。（マグネット式アイメイクは磁性体部分を検査前に除去すれば検査をお受けいただけます。）

4 閉所恐怖症 ☐ はい ☐ いいえ

裏面に続きます

5 禁忌事項

下記事項に該当する場合は、MRI検査をお受けいただくことはできません。

- | | | | |
|---|--------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 心臓ペースメーカー、埋め込み型除細動器（ICD）が入っている | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 2 | 人工内耳、人工中耳 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 3 | 圧可変式バルブシャント（脳室シャント） | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 4 | 神経刺激装置などの体内電子装置 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 5 | （女性の方のみ）妊娠中・妊娠の可能性がある | ☐ はい | ☐ いいえ |

6 準禁忌事項

（検査当日にスムーズにご案内できるように必ず事前に確認をお願いします）

手術などで体内に金属（クリップ・ステント・コイル等）が入っているなど下記事項に該当する場合は、MRI検査を受けることが出来ない場合があります。

- | | | | |
|---|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 1 | 脳動脈瘤クリップ・コイル | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 2 | ステント | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 3 | 心臓人工弁 | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 4 | 大腸ポリープ切除の際にクリップを使用した | ☐ はい | ☐ いいえ |

※ ミッドタウンクリニックで施術された場合は、MRI検査に対応したクリップを使用している為検査をお受けいただけます。

※ 他院で施術された場合は、1ヵ月以内は、MRI検査をお受けいただけません。MRI検査を希望する場合は、下腹部レントゲン検査（別途1,500円）で、クリップが体外に排泄されているかを確認し、検査可能か判断します。

- | | | | |
|---|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 5 | 整形外科領域の治療でボルト等の金属が入っている（挿入部位：_____） | ☐ はい | ☐ いいえ |
| 6 | その他金属（_____、挿入部位：_____） | ☐ はい | ☐ いいえ |

上記1～6. で『はい』を選択された方にお聞きます。

■ 施術日（_____年_____月） ※ 心臓・動脈ステント挿入後6週間以内の方は検査をお受けいただくことはできません。

■ 金属の素材

- （ チタン ） ・ （ セラミック ） → MRI検査をお受けいただけます。
- その他（ _____ ） ・ （ 不明 ） → 以下2点のいずれかの確認でMRI検査を実施することができます。
- ☐ 主治医にMRI検査実施可能であることを確認しています。
- ☐ 過去に3.0テスラMRI検査を受けたことがある。

上記について十分に理解した上で、MRI検査を受けることに同意いたします。

【受診者ご本人署名欄】

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 署名： _____

【保護者又は、成年代理人署名欄】（※）受診者が署名できない場合、及び20歳未満の方

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分 署名： _____（続柄： _____）

連絡先(電話) _____：

看護師・放射線科技師
確認者サイン（印）