

MRI検査に関する文書

ご記入
お願いします

MRI検査を受けられる方へ

フガナ : _____ 様
 氏名 : _____
 生年月日 : ()才 性別 : _____
 予約日 : _____ 予約時間 : _____

MRIは、磁気を利用して体内の断層像を撮影する検査です。
 検査に関して下記の事項にご留意下さい。

- 心臓ペースメーカー装着の方は原則検査できません。
- 腹部検査の場合、午前の検査の方は朝食を、午後の検査の方は夕食を食べないで下さい。
- 検査は多少時間がかかりますので、検査前にはトイレを済ませておいて下さい。
- いれずみ(アートメイク)のある方、妊娠中の方は検査ができない場合がありますのでMRI検査担当者にお伝え下さい。
- 金属類・カード類(キャッシュカード・診察券など)は、検査室に持ち込まないで下さい。
- ※ 検査当日は15分前に受付を済ませ、案内表とこの用紙をMRI室窓口(33番)にお出し下さい。
- ※ 検査は予約制になっておりますので、当日に来院できない場合や、予約時間に来院できない場合は、下記連絡先までご連絡下さい。

安全確保のため下記の黒枠内の質問にお答え下さい

- 1) 心臓ペースメーカーをつけていますか? (はい・いいえ)
- 2) 手術などで体の中に金属が入っていますか? (はい・いいえ)
 「はい」とお答えいただいた方、どの部位にどのような金属が入っていますか?
 ()
- 3) 義歯をしていますか? (はい・いいえ)
- 4) いれずみ(アートメイク)をしていますか? (はい・いいえ)
- 5) カラーコンタクトレンズをしていますか? (はい・いいえ)
- 6) 補聴器をしていますか? (はい・いいえ)
- 7) かつら・ウィッグ・増毛スプレーをしていますか? (はい・いいえ)
- 8) ヒートテック等の保温性肌着を着ていますか? (はい・いいえ)
- 9) 妊娠の可能性はありますか? (はい・いいえ)

記入者氏名 _____

ご記入・ご署名
お願いします

MRI 検査室 入室前最終チェックリスト

搬入 (椅子・車椅子・ストレッチャー)

- 心臓ペースメーカー
- 患者さん付属品
- 専用ストレッチャー/専用車椅子
- 酸素ボンベ
- 点滴スタンド
- スタッフ所持品

担当者サイン _____

当院の技師が記入します

京都市づ川病院 放射線科 MRI室
 直通電話番号 0774-54-1117
 代表電話番号 0774-54-1111

ガドリニウム造影剤使用に関する問診票・同意書

氏名 _____ 様
 生年月日 : ()才 性別 : _____

- 1: 造影剤使用歴
 造影剤による副作用の既往
 頭痛・吐き気・発疹・咳・くしゃみ・息苦しさ
 あり・なし
 あり・なし
 その他()
- 2: 気管支喘息の既往
 あり・なし
- 3: 薬・食べ物でのアレルギー歴 (じんましん等)
 あり・なし
- 4: 腎機能低下
 あり・なし
- 5: 甲状腺機能亢進症
 あり・なし
- 6: 妊娠又は妊娠の可能性
 あり・なし

医師確認欄

担当医による記入
 お願いします

ご記入
お願いします

造影剤を使用することにより、身体内部の構造が明瞭に描出され、より正確な診断が可能になります。しかし、時に副作用(皮膚・吐き気など)が出現し、まれにショックのような重篤な合併症が出現する事があります。その際は、それに応じた処置を適宜実施いたします。

*造影検査およびそれに伴う合併症に関する説明を受け、検査の施行に同意します。

ご記入
お願いします

平成 年 月 日

患者氏名 : _____

又は代理人 氏名 : _____

患者様との続柄() _____

ガドリニウム造影剤	造影検査可否	可・不可
検査時の注意事項	平成 年 月 日	
医師署名	_____	

当院の放射線科医が記入します

京都市づ川病院