

単純MR検査を受けられる方へ

患者氏名： _____ 性別 男 ・ 女
 生年月日： _____ / _____ / _____ 年齢 _____ 歳

あなたに予定されているMR検査は、

検査部位：	頭・頸・胸・腹（□肝胆脾・□他）・骨盤・四肢（ ）・他（ ）	
検査予定日：	_____ / _____ / _____	_____ :
※検査室の都合（急患等）で予約時間が変わることがあります。予めご了承下さい。		
検査部位が、腹（肝胆脾）の方は、 『午前』予約の方は、 朝食 をとらずに、『午後』予約の方は、 朝食と昼食 の両方をとらずにお越し下さい。 飲水は『お茶・お水』のみ、予約時間の 2時間前 までとして下さい。		
それ以外の 検査部位 の方は、特に制限はありません。 ※ 検査部位 が『腹（他）』『骨盤』の方は、検査前 4時間前 の食事を控え、飲水は 2時間前 迄として下さい。		
説明日：	_____ / _____ / _____	_____ :

検査当日 MR検査を受けられる方へ・問診同意書等（計2枚）、保険証、診察券（再来の方）をお持ち下さい。

- ・当院に初めて来院される方又は、前回来院から3ヶ月以上経過されている方は、総合受付窓口にて「放射線科」の受付をして下さい。再来の方は、自動再来受付機で「放射線科」受付を済ませて、**予約時間30分前**までに1階の放射線部受付へお越し下さい。
- ・常用薬のある方は、主治医からの休薬の指示がない限り、通常どおり内服・服用して下さい。

MR検査とは？

- ・狭いトンネルの中に寝た状態で、強力な磁場と電磁波を用いて身体内部を精密に観察する検査です。検査中は振動や大きな音がしますが、放射線を使用しない為、放射線被ばくのない検査です。検査所要時間は部位によって異なりますが、約30分から長くても60分の予定です。

検査について MR室内に金属類や磁気類、電子機器を絶対に持ち込まないで下さい。

- ① 可能な限り金属類は全て外し、検査着に着替えてから検査台に寝ていただきます。
- ② 化粧や整髪料は控えめにしてください、カラーコンタクトは使用しないで下さい。（容器は各自ご準備下さい。）
- ③ 動きに弱い検査ですので、大きな音が鳴っている間は動かないで安静にしてください。
- ④ 検査中に「息止め」が必要な場合がありますので、ご協力お願いいたします。
- ⑤ 検査中、何かありましたら手元のブザーを押してお知らせ下さい。
- ⑥ 検査部位が腹部の場合、検査前に水薬を飲んでいただく事があります。

ご注意 MR検査が困難な方と注意を要する方(危険性など) ⇒『事前に主治医へお知らせ下さい。』

- ① 手術（内視鏡）などにより体内や体外に、金属や電子・医療機器等を装着している方

<ul style="list-style-type: none"> ・心臓ペースメーカー、人工心臓弁、埋め込み型除細動器、心血管内コイル など ・脊髄刺激療法・深部刺激療法装着患者、持続血糖測定器（リブレなど）着用者 など ・脳動脈瘤クリップ、脳血管内コイル・ステント、義眼、人工角膜、インプラント など ・血管内フィルター、血管内ステント、埋め込み型カテーテル、内視鏡止血クリップ など ・人工内耳、人工関節、人工骨、骨折治療用金属、義肢、義足、補聴器、体内金属片 など
--
- ② 痙攣やてんかんを起こしたことがある方
- ③ 高度の閉所恐怖症の方
- ④ 入れ墨やアートメイクのある方

検査終了

- ・他院からの紹介の方は、基本箋（ファイル）及び、放射線部受付にて検査画像を収載したCDを受け取られましたら、会計を済ませてお帰り下さい。後日CDをお持ちになって、紹介元医療機関で結果説明を受けて下さい。（説明日時等は、各自ご確認下さい。）※当院での説明は致しません。
- ・水薬を飲んで腹部検査を行った方は、便の色が緑色になる場合があります。それは水薬に鉄成分が多く含まれている為ですので、なんら心配ありません。

検査に関するお問合せは、 **済生会川内病院 放射線部** （直通）TEL0996（22）8951
 その他のお問合せは、 **済生会川内病院** （代表）TEL0996（23）5221

単純MR検査 問診票

※該当するものを○で囲んで下さい。

□:職員チェック欄

① 女性の方で、現在妊娠中又は、妊娠している可能性は？	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
② 以前にMR検査を受けたことがありますか？	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
いつ頃？（ ） 体のどこの検査？（ ）		
③ 『体内』や『体外』に何らかの金属や電子・医療機器がありますか？	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
→「ある」と答えられ、以下に該当される方は、依頼医師にご相談下さい。 ・心臓ペースメーカー、人工心臓弁、埋め込み型除細動器(ICD)、心血管内コイル など ・脊髄刺激療法・深部刺激療法装着患者、持続血糖測定器（リブレなど）・携帯用ポンプ着用者 など ・脳動脈瘤クリップ、脳血管内コイル・ステント、義眼、カラーコンタクト、人工角膜、入れ歯、インプラント、入れ墨 など ・血管内フィルター、血管内ステント、埋め込み型カテーテル類、内視鏡止血クリップ（2週間以内） など ・人工内耳、人工関節、人工骨、骨折治療用金属、義肢、義足、補聴器、体内金属片 など （上記、医療機器を含めた部位を撮影する場合、機器のモード変更や取り外し又は、検査不可能なことがあります。）		
④ 約30～60分の仰向けの姿勢が辛い方	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
⑤ 閉所恐怖症など狭い場所が苦手な方	ある ・ ない	<input type="checkbox"/>
⑥ あなたの身長は？ _____ c m	⑦ あなたの体重は？ _____ k g	<input type="checkbox"/>
⑧ その他検査に関する質問があれば（ ） <input type="checkbox"/>		

単純MR検査 同意書

病院長及び、済生会川内病院 院長殿

私は、医師からの説明を受け、問診票に答え、私に予定されている検査について理解しました。検査に関して、私が疑問に思っていた事については、すべて納得できました。私に行われる予定の単純MR検査の危険性と便益を知りました。

よって、単純MR検査の施行に（ **同意します** ・ **同意しません** ）。

- ・ 同意された場合でも、いつでも同意を撤回することができます。
- ・ 申し出が無い場合、本同意書は3ヶ月間有効とさせていただきます。

（記入日） 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ご署名 _____（本人）

代理人 ご署名 _____（続き柄 _____）

上記患者に対して検査の必要性、検査の危険性について説明を行い、同意を得ました。

紹介元医療機関

説明医師 _____ 病・医院 署名 _____

済生会川内病院

説明医師 _____ 科 署名 _____

説明者 _____ 署名 _____