**【MRI検査注意事項】**

**※検査当日は、この診療情報提供書兼検査申込書・紹介状・保険証・熊本再春医療センターの診察券（お持ちの方）をご持参ください。**

**検査予約時刻の30分前に、総合受付へおいでください。**

**注意！！ペースメーカー使用者は検査できません！！**

**次の項目に該当する方は検査できない場合がありますので、主治医か看護師に申し出てください。**

・ペースメーカー、除細動器、神経刺激装置、骨成長刺激装置、人工内耳、人工骨頭、人工関節、

スワンガンツカテーテル、圧可変式シャントバルブ、義足、義眼などの金属を装着している人

・今までに手術を受け、体内に手術用クリップ、針金、釘などのある人

・外傷等で体内に金属片や陶磁片が残存する人

・閉所恐怖症の人

・腰痛等で長時間（20分以上）仰向けになれない人

・現在妊娠中または妊娠の可能性のある人

・イレズミ、タトゥーをしている人

・マグネット式入れ歯をつけている人

・その他、医療機器を装着中の人

**検査前の準備**

１）下着はファスナーやホックなどの金属のないものを着用してください。原則として検査着に着替えていただきます。また、化粧や育毛パウダーをしている方は検査時には落として来て下さい。

２）腹部（肝・胆・膵）の検査は絶食です。午前中の検査の場合は朝食を、午後の検査の場合は昼食を食べないでください。腹部（肝・胆・膵）以外の検査は絶食の必要はありません。

３）検査前にトイレに行っておいて下さい。但し骨盤部の検査の場合、検査前になるべく排尿しないようにお願いします。（膀胱と他の臓器の区別をしやすくするため）

４）検査室へは磁性体（磁石にくっつくもの）等は持ち込むことができませんので、下記のものはロッカーに入れるか付き添いの方に預けて下さい。

金　属　類：カギ・ヘアピン・メガネ・入れ歯・義眼・財布・ボールペン・コルセット　等

装　飾　品：ネックレス・イヤリング・ピアス・指輪・カラーコンタクトレンズ・カツラ　等

精密機械類：時計・補聴器・ケイタイ電話　等

そ　の　他：カード類・湿布・カイロ・エレキバン・置き針・パワーアンクル・つけまつげ　等

　　　　　　機能性・保温下着・金属製のもの・金属のついているもの・磁気を使用したもの

５）予約日時に来院できない場合には、事前に下記までご連絡ください。

検査のお問合せ・ご連絡先

熊本再春医療センター　放射線科

　熊本県合志市須屋2659　TEL 096-242-1000（内線 330）

**診療情報提供書 兼　MRI検査申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 検査日 | 年　　　　月　　　　日　　　　　時　　　　　分頃 | | |
| ふりがな |  | 生年月日 | M T S H R 　 年　月　日 |
| 患者氏名 |  |
| 紹介元　医療機関名 | 病院・医院 | | |
| TEL |  | 紹介元主治医 |  |
| **検査部位記入**  **で囲むか、記載がない場合は（　　）に部位の詳細を記載してください　※例　四肢（足関節）**  ・頭部：脳（　　　　　　　　　　　　）  **検査範囲を記載してください**  　　・頸部：甲状腺（　　　　　　　　　　　）  ・胸部：肺　縦郭（　　　　　　　　　　　）  　　・腹部：肝　胆　膵　脾　腎　副腎（　　　　　　　　）  ・骨盤部：前立腺　膀胱（　　　　　　　　　　　）  　　・脊椎・脊髄：頸　胸　腰　仙（　　　　　　　　　）  ・四肢・関節：肩　肘　膝（　　　　　　　　　　　）  ・心臓  ・その他（　　　　　　　　　　　）  **臨床診断記入**  **主訴・臨床経過・所見等**  **検査目的・希望事項** | | | |

**・下記から選択してください　　　　　　　・造影MRIの場合、下記に数値を記載してください**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. 単純MRI | 1. 造影MRI | | 体重　　 ㎏ | | クレアチニン mg/dl | | | |
| **下記の項目等の有無について主治医がチェックしてください** | | | | | | | |
| 心臓ペースメーカー ( 無　有 )  心臓人工弁　　　　 ( 無　有 )  脳動脈瘤クリップ　 ( 無　有 )  ステント・コイル　 ( 無　有 )  消化管吻合クリップ ( 無　有 )  他の手術のクリップ ( 無　有 )  人工骨頭・関節 ( 無　有 )  整形外科的金属類　 ( 無　有 )  義眼・入れ歯　　　 ( 無　有 )  他の体内金属異物　 ( 無　有 ) | | 閉所恐怖症　　　　 ( 無　有 )  てんかん　　　　　 ( 無　有 )  喘息　　　　　　　 ( 無　有 )  造影剤副作用歴　　 ( 無　有 )  腎機能障害　　　　 ( 無　有 )  緑内障　　　　　　 ( 無　有 )  前立腺肥大　　 ( 無　有 )  20分安静　　　 　 ( 可　不可 )  妊娠（　　）カ月　 ( 無　有 )  授乳中　　　　　　 ( 無　有 ) | | HB抗原　　　　　 ( ＋　－　不明 )  HCV抗体　　　　　( ＋　－　不明 )  MRSA　　　　 　　( ＋　－　不明 )  Wa氏反応　　　 　( ＋　－　不明 )  T.B.　　　　 ( ＋　－　不明 )  アレルギー　　　 ( ＋　－　不明 )  その他 (　　　　　　　　　　　　 ) | | | |
| 移動方法 | |  | 徒歩 |
|  | 車椅子 |
|  | ストレッチャー |

**造影MRI検査の場合、下記の書類による説明後、同意書の取得をお願いいたします。**

**同意書は検査時に持参してください。**

熊本再春医療センター　放射線科　096－242－1000（内線330）

**下記の同意書は造影検査依頼時のみ必要となります。**

**直筆での記載をお願いいたします。**



