

MRI検査を受けられる方へ

フリガナ		性別	医療機関名			
氏名		男・女	診療科 主治医			
生年月日	年 月 日生	歳	電話 () ()	-		
電話番号	(日中連絡の取れるところ) () -	身長	cm	体重	kg	
来院日時	年 月 日 ()		午前・午後	時	分	

- ▶ 検査は完全予約制です。遅刻されますと長時間お待ちいただいたり、日程の変更をお願いすることがあります。
- ▶ 当日は、保険証と依頼書を必ずご持参ください。
- ▶ お荷物は全てロッカーに入れて頂きます。電子機器類や磁気カードを検査室内に持ち込んで使用できなくなった場合や紛失、盗難があっても当施設では一切責任を負いませんのでご了承ください。

【MRI検査前日・当日のお願い】

- ・交換日時の決められた貼り薬や医療機器をお使いの方は、検査日時の調整が必要です。使用中は検査ができない場合がございますので、検査当日はつけずにご来院ください。
- ・はり治療器具や磁気治療器を含めた貼り薬、カイロなどは外していただきます。
- ・増毛パウダー、白髪隠しパウダー/ファンデーションのご使用はおやめください。
- ・化粧は控えていただくか、薄化粧でお越しくください。
- ・アイメイク（マスカラ・アイシャドウ/ライナー、つけまつげ、まつげエクステなど）はおやめください。
- ・ネイルアート・マニキュアはおやめください。
- ・消臭用途などのスプレー製品のご使用はおやめください。
- ・検査着に着替えていただきます。暖くなるような機能性下着の着用はお控えください。
- ・入れ歯、コンタクトレンズをお使いの方は、ケースをご持参ください。
- ・検査当日はMRI検査のための同意書の記入がございます。記入がむずかしい方や18歳未満の方は代理人もしくは保護者の同伴をお願いします。

【体内金属のある方へのお願い】

- ・予約時にMRI対応が不明だった場合、手術をされた病院へMRI検査可能か検査当日までにご確認をお願いします。
- ・歯科用磁性体アタッチメントを使用されている方は、あらかじめ歯科医に3テスラMRI装置で検査する事をお伝えいただき撮影の許可をお取りください。

【検査についてのお願い】

- ・検査は20分から1時間程度（撮影部位によって変わります）かかりますので、長時間じっとできない場合はあらかじめご連絡をお願いします。
- ・造影検査または検査部位が上腹部・下腹部・骨盤部の方は検査前4時間の絶食をお願いします。
- ・糖分を含まないお水・お茶は、上腹部の場合は2時間前まで、それ以外の検査部位は検査開始まで摂取可能です。
- ・検査部位が泌尿器・前立腺の場合、来院時間1時間前に排尿後、300～500mlの飲水、排尿は検査終了後までがまんをお願いします。できれば検査前に排便をお願いします。
- ・検査部位が上腹部の場合、造影剤を飲んでいただく場合がございます。一時的に便や歯、舌が黒っぽくなる場合がありますのであらかじめご了承をお願いします。

※上記のお願いを守られず来院された場合や当日の問診でMRI検査不適合となった場合は、MRI検査をお断りする場合がございますのであらかじめご了承ください。

Nakanoshima Clinic
中之島クリニック

〒553-0003

大阪市福島区福島二丁目1-2

電話番号：06-6451-6100(代)

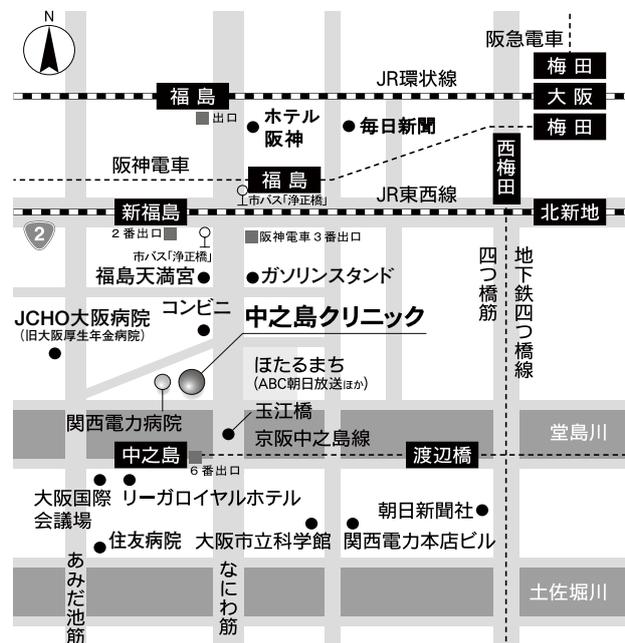
FAX：06-6451-1234

予約専用番号：0120-489-401

予約受付時間 月～金 9:00～19:00

土 9:00～17:00

診療時間 月～土 8:30～17:00



MRI検査依頼書 (中之島クリニック用)

依頼書の太枠内はすべてご記入ください。

フリガナ		性別	医療機関名			
氏名		男・女	診療科 主治医			
生年月日	年 月 日生	歳	電話 ()	—		
電話番号	(日中連絡の取れるところ) () —	身長	cm	体重	kg	
来院日時	年 月 日 ()	午前・午後	時	分		
臨床診断名	手術歴、現病歴(症状)等					
検査目的						
撮影手技	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純＋造影 <input type="checkbox"/> 一任 (事前に本依頼書のFAXをお願いします) *eGFRの数値が45以下は単純検査となります。 *気管支喘息、腎機能低下、透析中の方、造影剤アレルギー、じんましんが出ている方は造影検査をお断りしております。 *カドリニウム造影剤は安全性の高いお薬ですが、複数回投与した患者への小脳歯状核等への蓄積が報告されています。残存に伴う具体的な副作用は報告されていませんが、造影検査の選択には慎重に判断をするよう厚生労働省より通達がされております。選択に迷う際は一任を選んでいただき、放射線科医が造影の有無を判断します。					
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> 脳MRA) <input type="checkbox"/> 関節 (<input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり) <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 頸部動脈MRA <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎) <input type="checkbox"/> 上腹部 (<input type="checkbox"/> MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (婦人科・前立腺・整形・膀胱)					
撮影方法及び図示についてはこちらにご記入ください						
以下の確認およびチェックもお願いします。	<input type="checkbox"/> 「主治医の先生へのお願い」記載事項について説明をおこないました。					
検査結果	画像は、当日DVDでお渡し致します。(乳腺MRIは、後日お渡しとなります)					
	読影レポートについて 月 日 () までに必要 次回診察日 月 日					

【主治医の先生へのお願い】

過去に検査された画像フィルム、CDR等は、患者様に持参をご指示いただきますようお願いいたします。
安静を保つため麻酔・鎮静剤などが必要な場合は、必ず主治医のご同伴をお願いいたします。

MRI検査依頼書 (依頼元控え)

依頼書の太枠内はすべてご記入ください。

フリガナ		性別	医療機関名			
氏名		男・女	診療科 主治医			
生年月日	年 月 日生	歳	電話 ()	—		
電話番号	(日中連絡の取れるところ) () —	身長	cm	体重	kg	
来院日時	年 月 日 ()	午前・午後	時	分		
臨床診断名	手術歴、現病歴(症状)等					
検査目的						
撮影手技	<input type="checkbox"/> 単純 <input type="checkbox"/> 単純＋造影 <input type="checkbox"/> 一任 (事前に本依頼書のFAXをお願いします) *eGFRの数値が45以下は単純検査となります。 *気管支喘息、腎機能低下、透析中の方、造影剤アレルギー、じんましんが出ている方は造影検査をお断りしております。 *カドリニウム造影剤は安全性の高いお薬ですが、複数回投与した患者への小脳歯状核等への蓄積が報告されています。残存に伴う具体的な副作用は報告されていませんが、造影検査の選択には慎重に判断をするよう厚生労働省より通達がされております。選択に迷う際は一任を選んでいただき、放射線科医が造影の有無を判断します。					
検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 (<input type="checkbox"/> 脳MRA) <input type="checkbox"/> 関節 (<input type="checkbox"/> みぎ・ <input type="checkbox"/> ひだり) <input type="checkbox"/> 乳腺 <input type="checkbox"/> 頸部動脈MRA <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 脊椎 (頸椎・胸椎・腰椎・全脊椎) <input type="checkbox"/> 上腹部 (<input type="checkbox"/> MRCP) <input type="checkbox"/> 骨盤部 (婦人科・前立腺・整形・膀胱)					
撮影方法及び図示についてはこちらにご記入ください						
以下の確認およびチェックもお願いします。	<input type="checkbox"/> 「主治医の先生へのお願い」記載事項について説明をおこないました。					
検査結果	画像は、当日DVDでお渡し致します。(乳腺MRIは、後日お渡しとなります)					
	読影レポートについて 月 日 () までに必要 次回診察日 月 日					

【主治医の先生へのお願い】

過去に検査された画像フィルム、CDR等は、患者様に持参をご指示いただきますようお願いいたします。
安静を保つため麻酔・鎮静剤などが必要な場合は、必ず主治医のご同伴をお願いいたします。

主治医の先生へのお願い

当日安全に検査を受けていただくために、先生からは以下のご説明およびご確認をお願いします。

MRI検査は強力な磁石と電波を使った検査です。体内に機器や金属類があると画像が黒く抜けたり歪んだり画質に影響を与えるばかりでなく、それらの故障や位置ずれ、発熱・やけど等の原因となるものもあり、知らずに検査をおこなうと危険を伴う場合がございます。

下記のものに該当する場合、MRI検査をお受けすることはできません。 該当しない

- 体内電子機器（心臓CIEDs/人工聴覚器/体内電子刺激装置/その他/ ※条件付きMRI対応デバイスも含む）
- 圧可変式バルブ/水頭症治療用シャント ○ティッシュエキスパンダー ○スワンガンツカテーテル
- 腸管用チューブ ○尿道カテーテル（温度センサー付き/DIBキャップ付き） ○美容整形術による金属糸
- 磁石で固定する義眼 ○外傷などによる金属片や銃弾 ○十字靭帯再建用 perfix interference screw
- 頸動脈クランプ（Poppen-Blaylock製） ○磁石式人工肛門 ○2007年以前のステントグラフト
- 2000年以前に留置した体内金属 ○海外で留置した体内金属 ○妊娠中もしくは妊娠の可能性あり

下記のもので「はい」がある場合、MRI検査をお受けできない場合がございます。
ご来院までに必ずご連絡をお願いします。

- 手術を受け、下記の体内金属がある。[部位： /時期：] はい いいえ
脳動脈瘤クリップ・コイル・ステント/ステントグラフト・人工関節・人工心臓弁・CVポート
その他 [] ・子宮内避妊用具 [製品名：]
体内金属留置後2ヶ月以内は検査をお受けできません。
予約時に金属がMRIに対応しているか、部位<どこに>体内に入った時期<いつ>をお伝えください。
製品名・型番がわかる場合や患者カードをお持ちの方はそちらもお伝えください。

- 病院で処方された貼り薬をつけている。 [製品名：] はい いいえ
検査当日はつけずにお越しください。

- ホルター心電図・カプセル内視鏡・持続自己血糖測定器等を使用中である。 はい いいえ
検査当日はつけずにお越しください。

- 歯科用磁性アタッチメントを使用している。 はい いいえ
歯科医に3テスラMRI装置で検査することをお伝えいただき、検査当日までに
撮影の許可をお取りください。

- 体に入れ墨・タトゥー・アートメイクがある。 はい いいえ
「はい」の場合→火傷や変色の可能性があります。ご本人の了承を得られましたか？ はい いいえ

- 狭いところが苦手である。 はい いいえ

- 長時間（20分～60分）動かず「じっと」できる。 はい いいえ

造影および一任でMRIをご依頼される場合、先生からは以下のご説明およびご確認をお願いします。

造影MRI検査で用いるガドリニウム造影剤は比較的安全なお薬ですが、他のお薬と同様に副作用が起こることがあります。そのほとんどは軽症ですが体質によっては重篤なものもあります。

下記のものに該当する場合、造影MRI検査をお受けすることはできません。 該当しない

- 造影剤に対してアレルギーがある /造影剤による副作用歴がある ○気管支喘息がある /既往がある
- 腎機能が悪い /現在透析中である ○現在じんましんが出ている /現在治療中

- 検査当日より3ヶ月以内の血清クレアチニン値をご記入ください。 [mg/dl]
※eGFRの数値が45以下になる場合は単純検査もしくは検査中止になります。 [年 月実施]

- 感染症がある場合、チェックしてください→ 梅毒反応 HBs-Ag陽性 HCV-Ab陽性

- （授乳中の方）造影検査後、断乳48時間必要です。断乳ができない場合は造影検査をお受けできません。