

～MRI検査を受けられる方へ～ 注意事項

※混雑とお時間の関係上、当日に出来る検査は1部位に限ります、ご了承下さいませ

※検査時間は内容により変動しますが、基本的に5～6分程度、検査内容により10～15分程度です。

※手荷物は検査室内には持ち込めません、お着換えの際、ロッカーにて全て預けて頂きます。

外せる物は全て外して下さい。医薬品の「貼り薬」はご相談下さい。

※化粧品(アイシャドウ・マスカラ・UVカット成分)は、発熱の可能性があるので、落として下さい。

※カラーコンタクトレンズは外して下さい。

※増毛パウダー・スプレーをされてる方は、洗髪後の検査となります。

次の項目に該当する方は、MRI検査を受けられません（禁忌事項）

●ペースメーカー ●除細動器 ●人工内耳 ●体内の電子部品 ●マグネット式義眼 ●眼窩内の金属片

次の項目に該当する方は、確認が必要です（確認事項）

※かかりつけの医師、または施設にMRI検査可能かどうかをご確認下さい

- ☆ 歯の矯正をされている方.....検査可 不可
- ☆ 磁石を利用した入れ歯をされている方.....検査可 不可
- ☆ 人工弁をされてる方.....検査可 不可

次の項目に、「いいえ」、「はい」でお答え下さい マークを付けて下さい（リスク事項）

- ① MRI検査は初めてですか？.....いいえ はい
- ② 閉所恐怖症ですか？.....いいえ はい
- 「はい」の方、軽い安定剤の服用を希望しますか？.....いいえ はい
- ③ 手術などで、体内に金属が入っていますか？.....いいえ はい
- 「はい」の方、どの部位に？ 何が？ 入っていますか？

(どの部位に？:) (何が？:)

脳動脈瘤クリップ、血管・気管手術のステント、水頭症手術のシャントチューブ、金の糸、など

→シャントチューブが入っている方にお聞きします、それは調整式ですか？.....いいえ はい

- ④ 妊娠中、あるいは妊娠の可能性がありますか？.....いいえ はい
- ⑤ 入れ墨、アートメイクはしていますか？.....いいえ はい
- ⇒成分により、発熱・火傷・変色の可能性があります。

私は上記のリスク内容を十分理解した上で、MRI検査の実施に同意いたします。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名: _____