

予約票

(web 予約票)

ご紹介いただきます患者様のお名前、予約日時を記載いただき、患者様にお渡しください

紹介患者 _____

予約日時 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

診療科 放射線科

検査内容 単純MRI

来院時間 予約日時の30分前

※下記事項について患者様にご説明下さるようお願いいたします

当日は、予約票（本状）、紹介状（診療情報提供書）、保険証、診察カード（本院に受診されたことがある方）、お薬手帳（お持ちの方）をご持参の上、紹介患者専用窓口までご来院下さい。

受診予約日からさかのぼって1週間以内に、ご本人またはご家族の発熱や風邪症状等があった場合には、事前に当院地域連携室へご連絡ください。

①番窓口「紹介患者専用窓口」へお越しください。

金沢市立病院の1階入口の左側にあります

金沢市立病院 地域連携室

〒 921-8105 金沢市平和町3丁目7番3号

TEL 076-245-2626 FAX 076-245-2693

1.検査開始前

・腹部の検査では食事の制限があります。

※1：午前の検査では朝食を、午後の検査では昼食をとらないでください。

目安は検査開始の3時間前です。

※2：水分は取っていただいて問題ありません。お薬も通常通り服用ください。

・頭や関節、骨盤などの検査では特に制限はありません。

2.検査時

強い磁石と電波を用いた検査で、CT検査とは異なり被ばくはありません。

狭いトンネルの中で検査を行い、撮影中は大きな音がします。

緊急検査などにより検査時間が遅れる場合があります。ご了承ください。

お洋服や身に着けているものに金具がある場合、検査前に着替え・取り外していただきます。

また、化粧品（マスカラなど）や増毛パウダー（薄毛対策商品）は検査当日に使用しないでください。

金属の詳細は3,4枚目をご参照ください。

<検査中>

- ・検査時間は通常15～30分程度です。状況によっては1時間くらいかかります。
- ・動きにより画像が不鮮明となりますので、できる限りリラックスして動かないようお願いします。
- ・検査中、体が少し温かく感じる場合があります。
- ・MRI検査は大きな音がします。騒音対策は行いますのでご安心ください。
- ・検査内容によって、息止めをお願いしてします。適宜、合図を行いますのでご協力ください。
- ・検査中、手元にブザーをお渡しします。何か不都合が御座いましたらブザーでお知らせください。

3.検査終了後

・特に制限はありません。

・検査後にふらつき、吐き気などがございましたら下記までご連絡下さい。

・金沢市立病院 076-245-2600。

安全にMRI検査を受けていただく上で、患者様は以下の事に注意してください。

・下記の物を体内に有している患者様はMRI検査ができません。

- 心臓ペースメーカー・埋め込み式の投薬ポンプのような、機械的作動する機器を体内に有している方。
- 頭蓋内に動脈クリップを有している方。

・下記の既往がある患者様は、担当医師の確認が取れるまで検査ができません。

- 妊娠の可能性
- 意識不明の状態
- 発汗障害
- 手術の経験
- 心臓病
- 子供
- 閉所恐怖症

・体内に下記の埋設物を有している患者様は、必ずお伝えください。

- 人工関節・骨頭
- 磁性体シャント
- 人工器官
- 骨折接合ネジ・ピン・プレート
- 人工弁
- 金属片・散弾片
- 人工肛門
- 補聴器
- インスリンポンプ
- 磁性体避妊具
- 義歯・義手・義足・義眼・磁性体インプラント
- 刺青・Tatto

・下記の物を身に付けている患者様は、検査前に取り外してください。

- 眼鏡
- かぎ
- 時計
- 小銭
- 磁気カード
- ワイヤー入り下着
- ヘアピン
- 金属性ボタン・ホックの付いた下着
- ネックレス・イヤリング・ピアス
- エレキバン。使い捨てカイロ

・検査が始まると大きな音と共に、装置からの軽い振動があります。音がしている時は撮影をしている時なので、なるべく体を動かさないでください。

・検査内容により違いがありますが、1回に3分～5分位の検査を、3回～6回程行います。全部で15分～30分程の検査になります。

以上の事に注意してください。何か分からないことや質問がありましたら、遠慮なく係りの者にお伝えください。

MRI検査実施に当たっての問診票

心臓ペースメーカーや人工内耳を体内に装着している方は、検査できません。

- MRI検査歴 あり (年頃 当院で 他院で)
- 心臓ペースメーカー あり
- 脳動脈瘤クリップ あり (MRI対応 不可、可能、不明)
- 手術歴 あり
- 体内金属・シャント等 あり (部位： 種類：)
- 妊娠 あり
- 磁気インプラント等 あり
- 避妊リング あり
- 刺青 あり (部位)
- ニトログリセリン等貼付剤 あり
- 閉所恐怖症 あり
- 上記いずれも該当なし

氏名 _____