

# 足立乳腺クリニック MRI 検査問診票・同意書(単純)

氏名: \_\_\_\_\_ 様 ID No. \_\_\_\_\_ 説明医師: \_\_\_\_\_

検査日時: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 曜日) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 検査部位: \_\_\_\_\_

## ・検査時間の 30 分前に総合受付へお越しください。

・検査当日、必ず MRI 検査問診票・同意書をご持参ください。

・ご都合が悪くなった場合は、下記までご連絡いただきますようお願いいたします。

連絡先: 電話 075-723-0811 ファックス 075-723-0816 メール [yoyaku@nyusen.com](mailto:yoyaku@nyusen.com)

### ◆ 下記の質問にお答えください。

1. 体重をご記入ください。..... kg

\* 検査の適正化のために必要です。

2. 過去に MRI 検査を受けられた経験はありますか? ..... いいえ ・ はい  
( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃 \_\_\_\_\_ 病院)

3. 心臓ペースメーカーや人工内耳を使用していますか? ..... いいえ ・ はい  
\* 検査できません。

4. 手術などで身体の中に金属が入っていますか? ..... いいえ ・ はい  
\* ある場合は具体的に教えてください。

体内神経刺激装置・脳動脈クリップ・人工関節・心臓人工弁・血管内ステント・塞栓用コイル・避妊用リング  
ティッシュ・エキスパンダー・脳室圧可変式シャントバルブ・義眼・事故等による金属片  
その他( \_\_\_\_\_ )

5. カイロやエレキバン等を使用していますか? ..... いいえ ・ はい  
\* 検査時はずしていただきます。

6. 入れ歯・補聴器をしていますか? ..... いいえ ・ はい  
\* 検査時はずしていただきます。

7. 刺青・アートメイクをしていますか? ..... いいえ ・ はい  
\* 成分により低温火傷、色調変化の可能性があります。

8. 現在、カラーコンタクトレンズをしていますか? ..... いいえ ・ はい  
\* 原則、検査時はずしていただきます。

9. 閉所恐怖症がありますか? ..... いいえ ・ はい  
\* 直径 60cm、長さ 2m の円筒の中に寝ていただきます。

10. 妊娠の可能性がありますか? (女性の方のみ) ..... いいえ ・ はい ・ わかりません  
\* 妊娠の可能性がある場合原則検査できません。

その他ご不明な点がありましたら、担当医にご相談下さい。

私は検査の目的、その必要性の説明を受け、理解しましたので今回の MRI 検査 に同意します。

足立乳腺クリニック 院長 殿

年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明医師署名: \_\_\_\_\_

患者氏名: \_\_\_\_\_

代理人の場合: \_\_\_\_\_

上記を確認しました。 確認者 \_\_\_\_\_

# 足立乳腺クリニック MRI 検査予約票・説明書(単純)

氏名: \_\_\_\_\_ 様 ID No. \_\_\_\_\_ 説明医師: \_\_\_\_\_

検査日時: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日( \_\_\_\_\_ 曜日) \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分 検査部位: \_\_\_\_\_

・**検査時間の 30 分前に総合受付へお越しください。**

・検査当日、必ず MRI 検査問診票・同意書をご持参ください。

検査を行うには以下の説明をお読み頂き、よくご理解いただいた上で別紙検査同意書にサインをして頂く必要があります。

## 1. MRI 検査

- ◎MRI 検査は強い磁石と電波を使い、身体の内臓構造を観察する画像診断の検査です。放射線被曝はありません。
- ◎検査時間は約 30 分から 1 時間程度です。検査部位・検査内容により異なります。
- ◎検査中は基本的に寝ているだけになりますが、大きな音が鳴ります。耳栓またはヘッドホンをしていただきます。
- ◎狭いトンネルの中で検査を行います。閉所恐怖症の方は、事前に当院スタッフまで申し出てください。

## 2. MRI 検査を受けられない方

次のような方は MRI 検査を受けられませんので、担当医にお知らせください。

- ◎心臓ペースメーカー、人工内耳、脳脊髄刺激電極、ティッシュ・エキスパンダーを装着されている方。
- ◎体内にチタン製以外の脳動脈クリップを入れている方。
- ◎ステントやフィルターやコイルを入れる手術をして直後の方。(2 週間から 1 カ月の経過で検査可能です。)  
※その他の体内の金属類や装置がございましたら、担当医にあらかじめお知らせください。
- ◎妊娠中、または妊娠している可能性のある方。

## 3. MRI 検査を受けられない可能性のある方

次のような方は MRI 検査を受けられないことがありますので、担当医にあらかじめお知らせください。

- ◎閉所恐怖症の方。
- ◎入れ墨、アートメイクなどをされている方。(やけどの可能性あります。)
- ◎材質の不明な金属を体内に入れている方。

## 4. MRI 検査室に持ち込めないもの

- ◎金属類(時計、メガネ、携帯電話、ライター、ヘアピン、鍵、アクセサリ類、ウィッグなど)、磁気カード類(診察券、キャッシュカード、テレホンカード、クレジットカード、定期券など)、その他の装身具(補聴器: (故障します)、義歯、カイロ、コルセット、エレキバン、カラーコンタクトなど)  
※その他、取り外しが可能なものは検査前に外していただきます。
- ◎化粧品の中には金属を含んでいるものがあります。マスカラやラメの入ったアイシャドウはお控えください。  
検査終了後、パウダールームでお化粧直しをしていただけます。
- ◎ カラーコンタクトレンズは原則外して頂きますので、専用ケースをご持参ください。
- ◎ ヒートテックなどの機能性衣類や機能性下着を着用しての検査はできません。

## 5. 腹部 MRCP 検査と骨盤部 MRI の絶食につきまして

MRI 検査は絶食の必要がありません。ただし腹部 MRCP および骨盤部 MRI の検査前は絶食です。食事の時間および服薬については、担当医の指示に従ってください。(別紙参照)

## 6. 小児をお連れになられる場合

1 人でお待ちになれない小児をお連れになつての来院はご遠慮ください。

# MRI検査依頼書(足立乳腺クリニック 控)\* 貴院控はコピー下さい。

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|--|
| フリガナ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |         | 医療機関名     |  |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 男 ・ 女   | 診療科       |  |
| T ・ S ・ H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 年 月 日 才 | 主治医       |  |
| 検査日時 年 月 日 ( ) 午前 ・ 午後 時 分                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |           |  |
| ◎妊娠 : 有 ・ 無<br>◎感染症 : 有 ・ 無 (HCV・HBS・TPHA )<br>◎ペースメーカー : 有 ・ 無 (機種名 )<br>◎付 属 物 : 有 ・ 無 点滴 ・ IVH ・ ドレーン ・ 酸素 ・ その他 ( )<br>◎体内金属物 : 有 ・ 無 部位 ( ) 種類 ( ) MRI 検査への影響: 有・無<br><b>&lt;造影剤検査の場合&gt;</b><br>◎気管支喘息の既往 : 有 ・ 無<br>◎造影剤(カドリニウム)アレルギー : 有 ・ 無<br>◎腎機能障害 : 有 ・ 無                                                                                                         |         |           |  |
| 臨床診断名 :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         | 手術歴 :     |  |
| 現病歴 :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |           |  |
| 検査目的 :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |           |  |
| 検査部位:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         | <図示・要望事項> |  |
| <input type="checkbox"/> 頭部<br><input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 頸椎<br><input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 胸椎<br><input type="checkbox"/> 乳腺<br><input type="checkbox"/> 上腹部 <input type="checkbox"/> 腰椎<br><input type="checkbox"/> 骨盤部<br><input type="checkbox"/> 上肢<br><input type="checkbox"/> 下肢<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |         |           |  |
| 検査方向<br><input type="checkbox"/> 横 断(Transverse)<br><input type="checkbox"/> 冠状断(Coronal)<br><input type="checkbox"/> 矢状断(Sagittal)                                                                                                                                                                                                                                            |         |           |  |
| <input type="checkbox"/> 単純 MRI <input type="checkbox"/> 造影 MRI <input type="checkbox"/> 単純+造影 MRI <input type="checkbox"/> MRA                                                                                                                                                                                                                                                |         |           |  |