

M R I 検査を受けられる患者さんへ

年 月 日 MRI検査実施

AM
PM 時 分

検査当日は、検査時間の 20 分前におかかりの診療科においで下さい。

外来	救外	内 外	婦 科	脳 科	泌 尿	眼 科	小 児	耳 科	整 骨	口 外	SC	JC	HC
病棟	西 2	ICU	西 3	西 4	西 5	西 6	東 1	東 3					
保険種別	健 保	国 保	退 保	生 保	自 費	自 災	労 災						
登録番号													
氏 名 (カタカナ)													
生年月日				性別				年齢					
依頼医				提出日				年 月 日					

検査方法

外せる金属物は全て外して、検査衣に着替えて頂きます。検査時間はトンネルの中に入って30分～1時間程度です。検査中“トントン”“ビービー”などと大きな音がありますが、撮影中の音なので心配はありません。個人差はありますが熱く感じる方もいらっしゃいますので、違和感がありましたら、遠慮なさらずお申し出下さい。

注意事項

当日は身につけている金属類（時計、ネックレス、ピアス、ヘアピン等）又は、エレキバン等の磁石類はあらかじめ取り外して下さい。
磁気カード類（キャッシュカード、クレジットカード、テレホンカード等）は、検査室内に持ち込むと無効になりますのでお気を付け下さい。
マスカラやアイシャドウ等の化粧が検査に影響を及ぼす事がありますので、検査当日の化粧は控えるようお願い致します。
腹部、又は造影剤を使用する場合は、午前中の検査では朝食を、午後の検査では昼食をとらないようにして下さい。

造影剤の使用について

今回実施するMRI検査では、造影剤を使用する可能性が有ります。造影剤を使用することにより、新たな病変が見つかったり、病変が明瞭になったり、病変の性質についてもより詳しい情報を得ることが出来ます。

造影剤の使用法

検査の内容により異なりますが、静脈注射するものと、水に溶かして飲む経口造影剤が有ります。静脈注射の場合は検査前に造影剤を流す為に血管を確保させて頂きます。

副作用について

最近では、副作用の少ない造影剤が開発されて用いられていますが、それでも全く危険を無くすことはできません。軽度な副作用も含めて、1000人に5人程、約0.5%の患者さんに何らかの副作用が生じます。ほとんどは気分が悪くなったり、発疹、かゆみなどで、経口造影剤に関しては、約0.27%の患者さんに下痢、腹部膨満感、胃部不快感があります。

このような副作用を防止、軽減するために、当院ではあらかじめ問診を行い、検査を実施しております。

予約日、又は予約時間までに来院できなくなった場合は、必ずお早めにご連絡下さい。（おかかりになっている診療科にご連絡下さい。）

外来
病棟
保険種別
登録番号
氏名
(カタカナ)
生年月日
依頼医

救外	内 外	婦 脳	泌 眼	小 耳	整 口外	SC	JC	HC
西 2	ICU	西 3	西 4	西 5	西 6	東 1	東 3	
健 本	保 家	国 本	保 家	退 本	保 家	生 保	自 費	自 災
								労 災

性別
年齢
提出日
年 月 日

年 月 日 MRI検査実施

AM
PM 時 分

西新井病院

MR I 検査同意書

MR I 検査問診票

- ・心臓ペースメーカーの有無 ☐ 無 ☐ 有
- ・体内金属の有無 ☐ 無 ☐ 有（部位： 材質： ）
- ・（女性の方）現在妊娠中、妊娠の可能性、授乳中の有無 ☐ 無 ☐ 有（内容 ）

造影検査のみ記入

・造影剤使用経験 ☐ 無 ☐ 有
上記で有の場合、前回検査時の副作用 ☐ 無 ☐ 有 発疹・吐き気・じんましん・他（ ）

・喘息の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）

・アレルギーの有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）

・腎疾患の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）

・感染症の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ） ☐ 不明

*MRCP、肝フェリデックス検査の方のみ記入
鉄過剰症、鉄過敏症の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）

*ブスコパン使用の方のみ記入
緑内障・心疾患・前立腺肥大 ☐ 無 ☐ 有（ ）

MR I 検査同意書

別紙のように説明を受けました。その内容について十分に理解しましたので、MRI検査を受けることに同意します。緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受けることに同意します。当日にも検査前に問診を行います。その際に体内金属などがみつかった場合には検査を受けられない事がありますのでご了承ください。

同 意 日：平成 年 月 日

本人または代理人(続柄) 署名

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確 認 日：平成 年 月 日

所属 科 医師署名

外来	救外	内	外	婦	脳	泌	眼	小	耳	整	口外	SC	JC	HC
病棟	西2	ICU	西3	西4	西5	西6	東1	東3						
保険種別	健本	保家	国本	保家	退本	保家	生保	自費	自災	労災				
登録番号														
氏名 (カタカナ)														
生年月日					性別					年齢				
依頼医					提出日					年	月	日		

MRI No.

年 月 日 MRI検査実施
AM
PM 時 分

西新井病院

MR I 検査同意書

MR I 検査問診票

- ・心臓ペースメーカーの有無 ☐ 無 ☐ 有
- ・体内金属の有無 ☐ 無 ☐ 有 (部位: 材質:)
- ・(女性の方) 現在妊娠中、妊娠の可能性、授乳中の有無 ☐ 無 ☐ 有 (内容:)

造影検査のみ記入

- ・造影剤使用経験 ☐ 無 ☐ 有
上記で有の場合、前回検査時の副作用
☐ 無 ☐ 有 発疹・吐き気・じんましん・他 ()
- ・喘息の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()
- ・アレルギーの有無 ☐ 無 ☐ 有 ()
- ・腎疾患の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()
- ・感染症の有無 ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明
- *MRCP、肝フェリデックス検査の方のみ記入
鉄過剰症、鉄過敏症の有無 ☐ 無 ☐ 有 ()
- *ブスコパン使用の方のみ記入
緑内障・心疾患・前立腺肥大 ☐ 無 ☐ 有 ()

MR I 検査同意書

別紙のように説明を受けました。その内容について十分に理解しましたので、MRI検査を受けることに同意します。緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受けることに同意します。当日にも検査前に問診を行います。その際に体内金属などがみつかった場合には検査を受けられない事がありますのでご了承ください。

同意日: 平成 年 月 日

本人または代理人(続柄) 署名

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日: 平成 年 月 日

所属 科 医師署名

外来
病棟
保険種別
登録番号
氏名
(カタカナ)
生年月日
依頼医

救外	内	外	婦	脳	泌	眼	小	耳	整	口外	SC	JC	HC
西2	ICU	西3	西4	西5	西6	東1	東3						
健本	保家	国本	保家	退本	保家	生保	自費	自災	労災				

性別
年齢
提出日
年 月 日

年 月 日 MRI検査実施

AM
PM 時 分

西新井病院

MR I 検査同意書

MR I 検査問診票

- ・心臓ペースメーカーの有無 ☐ 無 ☐ 有
- ・体内金属の有無 ☐ 無 ☐ 有（部位： 材質： ）
- ・（女性の方）現在妊娠中、妊娠の可能性、授乳中の有無 ☐ 無 ☐ 有（内容 ）

造影検査のみ記入

- ・造影剤使用経験 ☐ 無 ☐ 有
上記で有の場合、前回検査時の副作用 ☐ 無 ☐ 有 発疹・吐き気・じんましん・他（ ）
- ・喘息の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）
- ・アレルギーの有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）
- ・腎疾患の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）
- ・感染症の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ） ☐ 不明
- *MRCP、肝フェリデックス検査の方のみ記入
鉄過剰症、鉄過敏症の有無 ☐ 無 ☐ 有（ ）
- *ブスコパン使用の方のみ記入
緑内障・心疾患・前立腺肥大 ☐ 無 ☐ 有（ ）

MR I 検査同意書

別紙のように説明を受けました。その内容について十分に理解しましたので、MRI検査を受けることに同意します。緊急の事態が発生した場合には、それに対する処置を受けることに同意します。当日にも検査前に問診を行います。その際に体内金属などがみつかった場合には検査を受けられない事がありますのでご了承ください。

同意日：平成 年 月 日

本人または代理人(続柄) 署名

上記患者に対して、私が検査・処置に関する説明を行い、本文書において同意されたことを確認しました。

確認日：平成 年 月 日

所属 科 医師署名