

MRI 予約票



患者氏名 _____ 様

あなたの検査は _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分です。

あなたの検査部位は _____ です。

※検査時間の 15 分前までにお越しください。

※別紙問診票を記入してお待ちください。

※予約の変更、キャンセルは（042-710-6577 すずき脳神経外科クリニック）にご連絡をお願いします。

以下は患者様が記入して当日検査技師に直接お渡しください。

ふりがな

氏名 _____ 生年月日 大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳（男・女）

住所 〒 _____

電話番号 _____ 身長 _____ cm 体重 _____ Kg

MRI 検査とは

磁気の利用して、体の臓器や血管を撮影する画像診断装置です。検査中は、横になって寝ているだけです。痛みや苦痛はありません。検査時間は 15 ～ 30 分程度です。放射線を使わないので、被曝の心配はありません。造影剤を使わなくても、脳血管の診断が可能です。病変の有無だけでなく、質的診断にも役立ちます。

当院の MRI 検査

1.5 テスラの超伝導電磁石を用いた高性能 MRI を設置しています。多くの大病院で導入されているものと同様であり、高い診断性能を有しています。

〒194-0023 東京都町田市旭町 3-1-15 旭町メディカルビル 2F

すずき脳神経外科クリニック

電話 042-710-6577

（町田警察署と町田郵便局のあいだにあるメディカルビルですぐにわかります。）

バス停：町田郵便局前 徒歩 1 分 / 駐車場：メディカルビル右隣 15 台あり

MRI 検査についての説明及び同意書

検査当日のお食事

- ◆ 頭部、頸部、頸椎、腰椎などの検査の方は、お食事の制限はありません。飲水も普段通りで構いません。
- ◆ 腹部（肝臓・膵臓・胆のうなど）の検査の方や造影剤使用予定の方は、2 時間前から飲食をしないで下さい。

注意事項

- ◆ 強い磁石を使用しているため、以下の物は検査室に持ち込めません。
 - 時計、携帯電話、補聴器、カード類（駐車券、銀行カード、クレジットカード、電子マネーなど）
 - ヘアピン、アクセサリ（ネックレス、ピアス、指輪など）
 - その他の金属を含むもの（はずせる入れ歯、エレキバン、カイロ、めがね、かつら、金属のついた下着、小銭、安全ピン、鍵、ライターなど）
 - 湿布などの貼り薬、シールなど
 - コンタクトレンズ
 - 義肢（義足、義手）、コルセット、義眼など
- ◆ 以下のものは、含まれる成分によっては発熱し、眼球や皮膚に損傷をきたす可能性があります。
 - ・ アイメイク（アイシャドー、マスカラなど）化粧はなるべく避けてください。
 - ・ 刺青（イレズミ：背中、胸、腕、まゆげなど）検査中、熱感などの異常を感じたら ブザーでお知らせください。
- ◆ 妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方
妊娠初期は MRI 検査を受けないことが望ましいので、医師または検査技師にご相談ください。
- ◆ 検査中はブザーをお渡しします。
熱いと感じた時、気分が悪くなったときなどは、必ずブザーでお知らせください。

以下の質問にお答えください。

- | | |
|-----------------------|------------|
| ※ MRI 検査を受けたことがありますか。 | (いいえ ・ はい) |
| ※ 心臓ペースメーカーを使用していますか。 | (いいえ ・ はい) |
| ※ 人工内耳を使用していますか。 | (いいえ ・ はい) |
| ※ 今までに手術を受けたことがありますか。 | (いいえ ・ はい) |
| ※ 体の中に金属が入っていますか。 | (いいえ ・ はい) |
| ※ 閉所恐怖症はありますか。 | (いいえ ・ はい) |
| ※ 妊娠の可能性はありますか。 | (いいえ ・ はい) |

私は上記の内容を理解し、MRI 検査実施に同意します。

年 月 日

検査を受けるご本人の氏名

(代筆者)