

MRI検査を受ける方へ

MRI検査

磁石と電波を使って体の内部を検査します。

非常に強い磁石を使用しているため、金属類を持ち込むと大変なことになります。

検査自体は人体への影響はありませんが、場合によっては検査を受けられないことがあります。

* 検査を受けられません

- 心臓ペースメーカーや除細動器（ICD） **MRI対応のペースメーカーも当院では検査できません。**
- 水頭症のシャントバルブ
- 人工内耳、磁石で着脱する義眼、磁石部分が着脱不能な義歯
- 乳房再建時のティッシュエキスパンダー
- 閉所恐怖症（当院では鎮静剤は使用しません）
- 白髪隠しスプレーや増毛パウダー（当日の検査はできません。）
- カラーコンタクト、マグネットジェルネイル（当日は外して来てください）
- その他、取り外しのできない金属類や電子機器

* MRI可能かどうか確認してください

- 脳動脈留クリップ
- 体内金属（人工関節、プレート、血管ステント、コイル、心臓人工弁など）
- 子宮内避妊具
- 歯科矯正ワイヤー
- 妊娠もしくは妊娠の可能性がある（妊娠初期の胎児の安全性は確立されていません）
- 美容整形の金糸
- その他、材質のわからない物

* 検査（装置の破損）や身体（やけど等）に影響があるもの

- 入れ墨、アートメイク
- 糖尿病血糖変動測定パッチ（交換のタイミングでの検査をお勧めします）
- 貼付剤（湿布、エレキバン、ニュープロパッチ、ニトロダーム等）
- 保温性下着（ヒートテックなど）、赤外線下着

*** 時計・携帯・補聴器などの電子機器やカード類は、持ち込むと使えなくなります**

*** 外せる金属類は全て外してください**

お願い

- ・ 予約時間の20分前に来院してください。
- ・ 検査時間は30分程度です。大きな音がしますが、**検査中は動かないでください。**
- ・ 当日はなるべく金属類がない服装でお願いします。必要があれば着替えていただきます。
- ・ 荷物は全てロッカーに入れていただきます。
- ・ わからないことがありましたら、検査担当者におたずねください。

診療情報提供書（画像診断MRI,DEXA依頼書）

年 月 日（ 曜日）

紹介元医療機関の

所在地及び名所 _____

FAX番号 _____

医 師 名 _____

電話番号 _____

ふりがな 患者氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
患者住所	〒	電話番号	
生年月日	年 月 日（ 歳）	当院への来院歴（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）	
傷病名		検査日時	月 日（ 曜日） 時 分
既往歴			
検査部位, 臨床診断, 目的,要望等			

検査機器	<input type="checkbox"/> MRI ・ <input type="checkbox"/> DEXA （腰椎、股関節の金属《有・無》）
MRI 希望条件	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> COR（ <input type="checkbox"/> T1WI <input type="checkbox"/> T2WI <input type="checkbox"/> T2*WI <input type="checkbox"/> 脂肪抑制 <input type="checkbox"/> PDWI <input type="checkbox"/> その他《 》） <input type="checkbox"/> SAG（ <input type="checkbox"/> T1WI <input type="checkbox"/> T2WI <input type="checkbox"/> T2*WI <input type="checkbox"/> 脂肪抑制 <input type="checkbox"/> PDWI <input type="checkbox"/> その他《 》） <input type="checkbox"/> AXI（ <input type="checkbox"/> T1WI <input type="checkbox"/> T2WI <input type="checkbox"/> T2*WI <input type="checkbox"/> 脂肪抑制 <input type="checkbox"/> PDWI <input type="checkbox"/> その他《 》） <input type="checkbox"/> その他《 》 注）時間の都合上、極力6条件まででお願いします。 《 》 注）希望なければ当院のルーチンで撮影させていただきます。
□下記に当てはまるものはありません(該当するものがあればチェックしてください)	
□ペースメーカー □脳動脈クリップ □人工内耳 □可動式義眼 □水頭症シャントバルブ □freestyleリブレ	
□埋込型ICD（除細動器） □迷走神経刺激装置（VNS） □妊娠 □閉所恐怖症 □その他体内金属（ ）	

《注意事項》 ※患者様には検査内容と共に十分なお説明をお願い致します。

- ・MRIはすべて予約制なので、下記番号にお電話の上、検査日時を決定してください。
- ・検査日時が決定後、この診療情報提供書に必要事項を記入の上、当院にFAXしてください。
- ・DEXA、MRI共にペースメーカー着用の方は検査できません。
- ・体内金属、閉所恐怖症等で当日検査出来ない場合がありますが、ご了承ください。
- ・**当院では造影検査は行っておりません。**

検査当日にご持参いただくもの①診療情報提供書②健康保険証・各種医療証

検査後、MRIのCD、DEXA結果用紙は患者様にお持ち帰り頂き、読影レポートは後日発送させていただきます。

保険情報	保険者番号	記号	番号	有効期限
	本人 ・ 家族	被保険者氏名		負担割合(割)
	公費負担番号	公費受給者番号	有効期間	一部自己負担金額

準備等の為、必ず検査20分前には来院してください。遅れる場合はご連絡ください。

予約時間を過ぎた場合は予約の取り直しになります。

電話：093-654-5055
FAX：093-654-5056

島山整形外科スポーツクリニック
島山 昌久