

患者 ID		性別/年齢	/
氏 名		紹介元施設	
生年月日		紹介元 連絡先	

MRI 予約票

検査部位

検査区分 單純（下腹部）

検査日時 月 日 / 時 分

初診受付を済ませて「30分前」までに「受付6番」へお越しください。

※食事は2時間前まで（軽食程度）

※水分は1時間前まで（水・さ湯・お茶のみ）

MRI 検査に関する注意事項です。検査前に必ずお読みください。

1. 検査前の注意・確認事項（該当される方は必ず主治医まで申し出てください）

- (1) 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器(ICD)、植込み型心電計、水頭症治療用シャントバルブや、人工内耳の装着者は、当院では検査できません。
- (2) 脳動脈瘤クリップや体内に金属を埋め込んでいる方は、確認が必要なのでご相談ください。
眼内に義眼、微細な金属・異物が入っている方は、眼科での確認が必要です。
- (3) 妊娠中、またはその可能性がある方は、主治医の許可と患者様の同意があれば検査可能です。
- (4) 入れ墨をされている方は、やけどの可能性があります。
- (5) 血糖測定センサーを貼っている方や金属を含む貼付剤(ニトロダーム、ニコチネルなど)を使用中の方は、主治医に取り外しの確認が必要です。

2. 検査当日の注意事項

- (1) 保険証をご持参の上、初診受付をお済ませください。
「予約時間の30分前」までに1階の「受付6番」へお越しください。
- (2) 緊急検査などにより、検査開始時間が遅れる場合がありますのでご了承ください。
- (3) 眼鏡やカラーコンタクトレンズは検査前に外すため、眼鏡・保存ケースをご持参ください。
- (4) 可能であれば検査前に排便を済ませておいてください。
- (5) 鉄製剤サプリメントを服用されている方は、前日より服用を控えてください。
- (6) 金属類をMRI室内に持ちこまないため、検査着に着替えをしていただきます。
出来るだけ脱ぎ着しやすい服装でお越しください。（ご本人で着替えが困難な場合は付き添いをお願いします）

3. 予約の変更や取消、当日都合で来院できなくなった場合は、患者サポートセンターまでご連絡の上ご相談ください。

公益財団法人 甲南会

六甲アイランド甲南病院

〒658-0032 神戸市東灘区向洋町中2丁目11

代 表 (TEL)

078-858-1111

患者サポートセンター

078-858-1133

MRI検査問診票

患者ID		氏名		生年月日		性別/年齢	/
検査日時	月 日 / 時 分			診療科		担当技師名	

検査を安全に受けていただくために、以下の質問に正確にお答えください。該当する各項目に□を入れてください。
「あり」を選ばれた方は、該当項目に□を、それ以外の場合は（ ）の中に具体的にお書きください。

問 診 項 目							
1.	現在の体重を記入してください。(大まかでも結構です) () Kg <input type="checkbox"/> 体重不明 (検査時までに測定予定)						
2.	閉所恐怖症はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
3.	体内に心臓ペースメーカーまたはICD (植込み型除細動器)はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
4.	問3以外で体内に医療による金属類、機械がありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ <input type="checkbox"/> 水頭症治療用シャント <input type="checkbox"/> 骨折治療用金属 <input type="checkbox"/> 人工関節 <input type="checkbox"/> 人工内耳 <input type="checkbox"/> 持続血糖測定器 <input type="checkbox"/> 埋め込み型心電計 <input type="checkbox"/> 脊髄刺激(SCS)システム <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> 金属製の人工弁 <input type="checkbox"/> ステント <input type="checkbox"/> その他 ()						
5.	問3や問4以外で体内外に金属類や人工的なものはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 針(はり)治療の置き針 <input type="checkbox"/> 金属片が眼球内や身体に入った経験 <input type="checkbox"/> 義眼 <input type="checkbox"/> 義足 <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> カラーコンタクトレンズ <input type="checkbox"/> カツラ <input type="checkbox"/> 入歯 <input type="checkbox"/> インプラント <input type="checkbox"/> 歯列矯正 <input type="checkbox"/> 貼付剤 <input type="checkbox"/> その他 ()						
6.	今までに以下の病気をしたことがありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 閉塞隅角緑内障 <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 褐色細胞腫)						
7.	マンガン(ナツ類・ひじき等)のアレルギーはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
8.	イレズミ・タトゥー(眉やアイラインを含む)はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (どこに?:)						
9.	女性の方だけにお聞きします。現在妊娠している、または可能性がありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 妊娠中 <input type="checkbox"/> 妊娠の可能性あり)						