

甲南医療 センター 患者ID		性別/年齢	/
氏名		御紹介医院	
生年月日		御紹介医院 連絡先	

MRI 予約票

検査部位 上腹部
検査区分 単純

検査日時 年 月 日 曜日 時 分

20分前には受付14番（CT・MRI）までお越しく下さい

※ 食事は2時間前まで（軽食まで）

※ 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

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）

- 心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器（ICD）、植え込み型心電計、人工内耳の装着者や、脳動脈瘤クリップや体内に金属を埋め込んでいる方では、MRI対応の機種か確認が必要です。
- 水頭症治療用シャント装着者は、検査後に脳神経外科の受診が必要です。眼球内に義眼、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。
- 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。
- 入れ墨をされている方は、やけどの可能性がります。
- 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

- 外来の方は検査当日、再来受付機で受付後に問診票（造影の場合は同意書）をご記入の上、予約時間の20分前までに本館3階の受付14番（CT・MRI）へお越しく下さい。
重要：予定時間に間に合わない場合、検査ができない場合がありますのでご注意ください！！
- 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がご了承ください。
- 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。
- 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。
- 金属類をMRI室内に持ち込まないため、検査着に着替えていただきます。出来るだけ脱ぎ着しやすい服装でお越しく下さい（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）。

公益財団法人
甲南会

甲南医療センター

〒658-0064 神戸市東灘区鴨子ヶ原1-5-16

代表
(TEL)

078-851-2161

MRI 検査問診票

患者ID		氏名		生年月日			
検査日時	年	月	日	曜日	時	分	診療科

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。
該当する各項目の□内にチェックを入れてください。'あり'を選ばれた方は
右のあてはまる言葉を全て○で囲むか、あるいは()の中に具体的に書いてください。

問 診 項 目	
1.	現在の体重を記載してください。(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.	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 : 脳動脈クリップ・水頭症治療用シャント・骨折治療用金属 人工関節・人工内耳・持続血糖測定器・埋め込み型心電計 脊髄刺激(SCS)システム・CVポート・金属製の人工弁 ステント・貼付剤・その他()
5.	3.や4.以外で体内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 : ・補聴器・カラコンレンズ・金属片が眼球内や身体に入った経験 ・義眼・カツラ・入歯・インプラント・その他()
6.	体内にカテーテル・チューブ類(尿道バルーン等)は入っていますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
7.	今までに以下の病気をしたことはありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり : 閉塞隅角緑内障・心臓疾患・前立腺肥大・糖尿病・褐色細胞腫
8.	マンガン(ナッツ類・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
9.	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?()
10.	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 : 妊娠中・妊娠の可能性あり