

MR I 検査予約票【患者様用】

患者氏名	様
検査日： 年 月 日	検査予約時間： 時 分

※ 検査予約時間の 20 分前に、お越しください

MR I 検査を受けられるかたへ

MR I は磁力を利用した検査です。レントゲンや CT のような放射線被曝はありません。ただし、以下の項目に該当される患者様は検査できませんので必ず主治医の先生にお伝え下さい。

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 1. 心臓ペースメーカーおよび除細動器を使用していますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 2. 人工内耳および人工中耳が入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 3. 可動型義眼および眼窩内に金属片が入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 4. 血管へのステント置換術術後 3 ヶ月以内ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 5. 現在妊娠中、または妊娠の可能性がありますか？（女性の方のみ） | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

また、以下の項目に該当される患者様は手術した施設に MRI 対応であるか必ず確認して下さい。

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 6. 心臓人工弁置換術を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 7. 脳動脈クリップや人工関節などの金属が入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 8. 磁石式義歯を装着されていますか？（手帳をお持ち下さい） | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

また、以下の項目に該当される患者様は下記の注意事項に同意の上検査を受けて下さい。

- | | | |
|-------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 9. 閉所恐怖症ですか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |
| 10. 刺青およびアートメイクをしていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ | <input type="checkbox"/> はい |

【その他の注意事項】

- 検査部位が腹部の場合は検査開始予約時間の 4 時間前から絶食です。（水・お茶は飲んでいただいても大丈夫です。）
- 検査当日は、検査予約時間の 20 分前までに受付までお越し下さい。
- 来院時に、①この予約票 ②健康保険証 ③診察券（八幡中央病院を受診されたことがある方）を受付にお出し下さい。
- ご都合が悪くなり、検査予約時間にこられない場合には必ず下記の連絡先までご連絡下さい。
- 閉所恐怖症の方は、検査が受けられない事があります。
- 刺青を入られている方は、検査中に皮膚刺激が起こったり、色が変わる可能性があります。その旨ご了承の上検査を受けて下さい。
- 検査当日は、なるべく化粧をしないでください。皮膚刺激の可能性があります。
- 吸湿発熱素材を使用した肌着（ユニクロのヒートテックなど）は、水分を吸収し火傷をする可能性があります。更衣の際には脱衣にご協力をお願いします。
- 安全に検査を受けていただくために、身体に次のものを身につけておられる場合は、検査前に外していただきますようご協力をお願いします。

メガネ・補聴器・ピアス・イヤリング・入れ歯・カラーコンタクト・ネックレス・ブラジャー・チャック・腕時計・指輪・湿布・カイロ・鍵・財布・携帯電話・その他貴金属類

- 検査時間は、撮影部位により異なりますが、約 20 分から 40 分です。

※ 検査当日必ずこの用紙をお持ちください

〒614-8071

京都府八幡市八幡五反田 39-1

医療法人 社団 医聖会 八幡中央病院 放射線科

TEL 075-983-0119（代表）

八幡警察署の向かいの病院です。京都八幡病院と間違えないよう気をつけて御来院ください。