

## ◆MRI 検査のご予約の方法

- 小山ステーション脳神経外科・内科 直通：0285-25-5500 FAX：0285-25-5500  
でご予約を受け付けます。

## ◆MRI 検査のご依頼に際して

- 電話予約時に検査予約日時をお伝えしますので、患者様用の検査予約票と MRI 検査紹介状にご記入ください。
- 当院の受診歴の有無を予約時に確認致しますので、事前に患者様に確認をお願い致します。(当院を受診したことがある患者様の場合は ID 番号が既にあります)
- MRI 検査紹介状は、必要事項を記載し FAX で送信してください。
- 患者様用検査予約票はそのまま患者様にお渡しください。
- 検査部位に関しては当院の判断により変更する場合があります。
- 造影を希望される場合は検査予定日から 3 ヶ月以内の腎機能(クレアチニン、最終測定年月日)を必ずご記入頂きますようお願い致します。患者様には検査データを持参させてください。  
eGFR 30mL/min/1.73m<sup>2</sup> 未満や透析患者では原則造影禁忌です。
- 検査の内容や食事・常用薬などの注意事項は患者様用の検査予約票に記載されています。注意事項に即して患者様に食事・常用薬、検査当日の注意・指示をお願い致します。
  - 検査当日は食事や常用薬に特に制限はありません。
  - 膝 MRI、MRCP、MR-urography は当日絶飲食をお願い致します。
- 小児患者や心臓、ペースメーカーや ICD MRI に関しては前処置や検査適応の判断が必要となりますので、直接のご依頼は承っておりません。当院にご紹介ください。
- 条件付き MRI 対応の体内デバイス全般も、直接のご依頼は承っておりません。当院にご紹介ください。

## ◆MRI 検査当日

- 検査当日は予約時間の 15 分前までに来院させてください。
- 検査当日は検査予約票・保険証、当院に受診歴のある患者様は診察券(ID カード)を持参させてください。

## ◆検査結果について

- 当院の放射線科医が診断します。検査結果は①検査当日患者様に DICOM データをお渡しする、その後読影結果をご郵送する。②後日、検査報告書と DICOM を郵送するか選択できます。

# MRI 検査 紹介状 (FAX 送付状 : 0285-25-5500)

## 小山ステーション脳神経外科・内科

紹介元医療機関名 :

担当医 :

TEL :

FAX :

ふりがな

- 患者名 : \_\_\_\_\_ 様 (\_\_\_\_) 歳 (男・女)
- 生年月日 : 大・昭・平・令 \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日 (西暦\_\_\_\_年)
- 住 所 : 〒\_\_\_\_\_
- 連絡先電話番号 : \_\_\_\_\_ 自宅 ・ 携帯
- MRI 検査 予約日時 月 日 ( ) 曜日  
午前・午後 時 分

予約受付 TEL 小山ステーション脳神経外科・内科 0285-25-5500 平日 8:30~19:00

診断名、 症状 :

検査目的、所見など :

希望検査部位 (希望部位を○でお困みください。または関節名、臓器名などご記入ください)

- ・ 頭 部 : 脳・脳血管・後頭蓋・内耳・下垂体・眼窩・他 ( )
- ・ 頸 部 : 頭頸部血管・副鼻腔・舌口腔・唾液腺・甲状腺・他 ( )
- ・ 脊 髄 : 頸髄 (椎) ・ 胸髄 (椎) ・ 腰髄 (椎) ・ 全脊髄 (椎)
- ・ 体幹部 : ( )
- ・ 四肢関節 : ( 右・左 )
- ・ その他血管など : ( )

造影希望 : 無 ・ 有 (即日検査ができない場合もあります。)

検査画像データ : 不要・CDR 郵送 (医療機関宛) ・ CDR 持ち帰り (1 時間ほどお時間を要します)

検査結果の読影レポート : 郵送 (医療機関宛) ・ FAX (医療機関宛)

### 問診項目、検査データ (お手数ですが必ず記載をお願いします)

- ① 血清 Cr 値 : ( 採血日 ) 造影剤検査は即日できない場合もあります。
- ② 身長 : ( ) cm ・ 体重 : ( ) Kg
- ③ 妊娠またはその可能性 : 無 ・ 有 “有” の場合には原則検査を受けることが出来ません。
- ④ ペースメーカーまたは ICD : 無 ・ 有 ・ MRI 対応
- ⑤ 人工内耳などの磁性体 : 無 ・ 有 ・ MRI 対応
- ⑥ 神経刺激装置など : 無 ・ 有 ・ MRI 対応

上記④~⑥が埋め込まれている場合には検査が不可能な場合がございますので、別紙の MRI 検査の手引きをご参照いただき、下記までお問い合わせさせていただきますようお願いいたします。

小山ステーション脳神経外科・内科 0285-25-5500 平日 8:30~18:00

# MRI 検査 説明書 (患者様用)

当院初診の方、診察カードお持ちの方も直接当院にお越しください。

## 【検査当日にお持ちいただく書類など】

- ① 健康保険証、小山ステーション脳神経外科・内科の診察カード（当院受診歴のある方）
  - ② MRI 検査 説明書（この用紙）
  - ③ MRI 検査 紹介状（FAX 送付状）
  - ④ 体内埋め込み型の医療機器などの安全性を保障する書類（ペースメーカーカード、ペースメーカー手帳、人工内耳カードなど）を、お持ちの方はご持参ください。
- 胆嚢、膵臓、腎臓（MRCP、MRU）の検査の場合、3時間の絶飲食が必要となります。
  - 造影検査の方で、3か月以内の採血結果が無い場合には、当院にて最新の腎機能のデータを確認する必要があります。同日、採血結果はできませんので、ご来院いただいた日の検査が出来ない場合もあります。

## 【検査の内容】

MRI 検査は強力な磁石の筒の中に入り、磁石と電波の力によって体の臓器や血管を撮影する検査です。検査の際に非常に大きな騒音がしますので、ヘッドフォンや耳栓などを用いて聴力保護をしながら検査します。古い(昭和以前)体内金属が埋め込まれた方、ペースメーカーなどの埋め込み式体内医療機器をお持ちの方は、検査が受けられないことがございますので予約の際にお問い合わせくださいますようお願いいたします。

- 検査時間 : 20~40分程度で検査内容により異なります。
- 検査当日の状況により開始時間が前後する事があります。他に当院での診察や検査がある場合は院内の連絡や、時間調整をしますので、あらかじめお申し出ください。
- 予約時刻に遅れた場合、状況により検査が受けられない場合があります。調整可能な場合もありますので、遅れる場合には、必ず受付までご連絡ください。
- 当院は三次救急医療機関となっており緊急の患者様が優先されることがありますので、ご了承ください。

## 【検査を受けるに当たっての注意事項】

- 発熱や感染兆候のある方の検査はできません。
- 妊娠の可能性のある方は、検査室の職員までお申し出ください。
- 当日は、安全確保の為、原則検査着へのお着替えをして頂きますことをご了承ください。
- 白髪染めスプレーや増毛スプレー、アイシャドーなどのお化粧品にも金属成分が含まれております。当日は控えるようにしてください。

- ★検査終了後は、食事をはじめ、普段どおりの生活をしていただいで結構です。
- ★検査で造影剤を使用した場合は、排泄を促すため水分を意識して摂るようにしてください。
- ★ご不明な点がございましたら、下記の連絡先へ連絡してください。

# 小山ステーション脳神経外科・内科 MRI 検査 予約票

\_\_\_月\_\_\_日\_\_\_時\_\_\_分 から検査を行います



# MRI チェック表

患者名： \_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 歳 ( 男・女 )

生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ cm

MRI 検査は強い磁石を使用して検査を行います。安全に検査を行うために下記の①～⑩の質問にお応えください。「はい」「いいえ」の当てはまる方に○印をしてください。

- ① 今までに MRI 検査を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ  
② 手術・カテーテル治療をしたことがありますか？ はい ・ いいえ  
手術内容 ( \_\_\_\_\_ 年 ) 体内留置物：有 ・ 無  
③ 閉所恐怖症の可能性ありますか？ はい ・ いいえ  
④ 入れ墨 (タトゥー)・アートメイクを入れていますか？ はい ・ いいえ  
⑤ 妊娠している可能性はありますか？ はい ・ いいえ  
⑥ 下記のもの いれば・かつら・白髪パウダー・増毛パウダー等がある はい ・ いいえ

◇化粧 ◇メガネ ◇時計・指輪・ヘアピンなどを含む装飾品 (貴金属) ◇義歯 ◇補聴器

◇かつら (ヘアピース) ◇増毛ヘアパウダー・白髪パウダー ◇ヒートテック素材の衣類  
◇貼付剤 (ニトロダーム (心臓貼り薬)・エレキバン・湿布・置き針) ◇ホッカイロ  
◇カラーコンタクトレンズ (ディファイン含む) ◇ネイル ◇携帯電話 ◇財布・磁気カード

↑現在ご使用のものをご申告下さい。検査中 お取り外しのご協力をお願いいたします。

\*検査着に着替え終わりましたら、更衣室ドアを開けた状態でお待ち下さい。

\*入れ墨や化粧・アートメイク・ネイルは、発熱によるやけどや変色を引き起こす恐れがあります。部位等 確認させていただきますのでスタッフへ必ずお声がけください。

MRI 検査を受けるにあたり、検査の説明を受け納得しましたので実施について同意いたします。

ご署名 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

検査中、DVD 映像を見ながらお過ごしいただけます。(検査部位によってはみられない場合があります) お好みの画像に○印をつけてください。

風景 ・ 映像 ・ アニメ ・ 希望なし