

MRI ドックを受けられる皆様へ

MRI 検査は、強力な磁石を利用して体の中を画像化する検査です。
検査を受けられるまでに、以下の項目に該当するものがないかご確認をお願いします。

♣ 安全に検査するために、以下に該当する方は、検査を受ける事が出来ない場合があります。

- 除細動器付心臓ペースメーカー（MRI 対応の物も含む）
- 人工内耳
- 脳動脈クリップ
- シャントバルブ
- 内視鏡クリップ
- 脊髄刺激装置

♣ 以下に該当する方は、検査前にご連絡をお願いします。

- 整形外科の手術によるインプラント挿入
- 人工心臓弁
- 血管内コイル・ステント・フィルターを留置している
- 美容整形
- 刺青・アートメイク
- マグネット式入れ歯
- 薬剤浸透性絆創膏（ニトロダーム・ニコチネルパッチ等）
- 妊娠の有無

♣ 検査室に入室時、以下の物は外して入室していただきます。

補聴器・コンタクトレンズ（使い捨ても含む）・磁気カード・鍵・財布・携帯電話・時計・
アクセサリなどの装飾品・ヘアピン・かつら・ウィッグ・カイロ・エレキバン・貼
り薬・ブラジャー・コルセット・マスカラ・アイシャドー・入れ歯・ブリッジ・義眼

※ 検査機器故障の可能性のある為、当日、増毛パウダー・白髪隠しのマスカラ等
されている方は、検査が出来ません。

検査当日は、増毛パウダー・白髪隠しのマスカラ等しないよう、お願いします。

※ 問診の結果、使用機器を決定いたします。

※ 装置のメンテナンスは万全を期しておりますが、安全性が保障出来ないときは、
検査を中止させて頂く事があります。

医療法人 真生会 ラジオロジッククリニック扇町

TEL06-6311-7500 FAX06-6311-7510

乳がん検査問診票

受診日 令和 年 月 日

フリガナ	
氏 名	

以下の質問事項の☑にチェックを、当てはまる事項に○印をしてください。

1. 自覚症状がある。

- 無 有 ⇒ (右 ・ 左 ・ 両方) (いつから? 年 月頃から)
⇒ 痛み しこり 乳首の変形 分泌液 (色)
その他 ()

2. 月経についてお答えください。

- 無⇒ (閉経・無月経) 有⇒ 最終月経 (月 日から 月 日まで)

3. 現在妊娠の可能性がある。

- 無 有

4. 乳腺の病気や婦人科系の病気をしたことがある。

- 無 有 ⇒ (病名)

5. 家族や親戚に乳がんになった人がいる。

- 無 有 ⇒ 続柄 ()

6. 出産経験がある。

- 無 有 ⇒ 授乳経験 (無 ・ 有 ⇒ 現在授乳中)

7. 乳がん検査歴がある。

- 無 有 ⇒ いつ頃 ()
⇒ 検査内容 マンモグラフィー 超音波 視触診
⇒ 結果 異常なし 要精査 ()

8. 手術をしたことがある。

- 無 有 ⇒ 心臓ペースメーカー 豊胸術 その他 ()

アンケート

当院を受診されるきっかけは何ですか？

- インターネット 知人の紹介 他院からの紹介 以前ほかの検査で来院
雑誌 その他 ()

MRI問診・同意書

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答え下さい。

問診の内容によっては検査開始時間が前後する可能性があります。ご了承下さい。

有 無 以前、MRI 検査をされたことはありますか？

有 無 心臓ペースメーカー

有 無 人工内耳、中耳

有 無 脳動脈クリップ 有→いつ頃() MRI 対応

有 無 上記以外の体内金属 ・ インプラント

↳ (手術名・部位 /いつ頃 /MRI 対応)

有 無 その他手術歴

↳ (手術名・部位 /いつ頃)

有 無 補聴器

有 無 つめもの以外の義歯

↳ 選んで下さい→(入れ歯 ・ 差し歯 ・ ブリッジ ・ インプラント ・ 歯科矯正)

上記のものは→ (はずせる ・ はずせない ・ マグネット式)

有 無 金属研磨作業等、金属粉に接する職業経験(有→眼内金属粉 有 無)

有 無 刺青・アートメイク(永久的なアイライン・アイブロー含む)

有 無 過度のメイク・増毛パウダー・白髪隠しマスカラ

有 無 かつら・ウィッグ・ヘアピース(検査前に外して頂きます)

有 無 コンタクトレンズ(検査前に外して頂きます) ケース貸し出し

有 無 閉所恐怖症

有 無 てんかん

有 無 C型・B型肝炎、梅毒、その他の感染症

有 無 妊娠の可能性

最終月経日 月 日 / 閉経

[女性骨盤を受けられる方へ]

有 無 心臓の病気(心筋梗塞・狭心症・不整脈・その他の心臓病)

有 無 緑内障(眼圧が高い)

[MRCPを受けられる方へ] 最終食事時間 時 分頃

同意書

刺青・アートメイクにおける発熱・変色の可能性について説明を受け、理解しました。

コンタクトレンズ装着した場合の危険性について説明を受け、理解しました。

貴金属類()を装着した場合の危険性について説明を受け、理解しました。

検査について十分な説明を受けましたので検査実施に同意します。また、万一緊急の必要が生じた場合には処置を受けることについても同意します。

記入日 年 月 日

患者氏名

MRI 造影検査 問診票

様

コップ2杯の飲水、説明済

1. 造影検査とは

造影検査とは造影剤という薬を腕の静脈から注射し、血液の流れに乗って全身に廻ったところで特殊な方法で撮影します。病気の部分と正常な部分では血液の流れ方が異なるので、造影剤の写り方も異なります。これを見て病気の有無や広がりを見極めます。

造影剤注射後、気分が悪くなったり、かゆみ等の症状があれば、我慢せず、すぐお知らせ下さい。

当院では安全に検査ができるよう十分配慮しております。検査の内容については、当院担当医にお尋ね下さい。

当てはまるに(✓)を入れてください。

- 有 無 気管支喘息がある(過去5年以内に喘息の症状があった、セキ喘息も含む)
- 有 無 今までに造影剤によって副作用があった(湿疹・吐き気・血圧低下・呼吸困難)
- 有 無 腎臓の働きが悪いと言われたことがある。
- 有 無 授乳中(授乳中のかたは造影剤投与後48時間授乳を避けてください)
- 有 無 C型・B型肝炎、梅毒、その他の感染症

2. 造影剤の副作用について

造影剤は検査用の医薬品として安全性は十分確認されております。

しかし、ほかのどんな薬にもあるように、まれに副作用が起こることがあります。

当院では、安心して検査を受けられる様、安全体制を確立しています。

副作用

- 副作用が起こる場合は、造影剤の注射直後が多いです。
- 副作用は軽い副作用で終わることが多いです。その主な症状はかゆみ、くしゃみ、発疹、はきけ、頭痛などで自然に治るものが多いです(2~3%)。
- きわめてまれに重い副作用も起こることがあります。その主な症状は呼吸困難や血圧低下など、生命にかかわることもあり、直ちに治療が必要となるものです(0.04%)。

同意書

検査における必要性和危険性について十分な説明を受け、理解したので検査実施に同意します。

万一緊急の必要性が生じた場合には、処置を受けることについても同意します。

日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名 _____

説明者 _____

医師 _____