

# MR I 検査を受けられる方へ

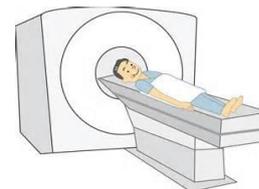
様

あなたの検査日時は、       月        日        曜日：       時        分        から の予定です。  
検査当日は、開始予定の30分前にお越しいただき、患者支援センター（医療連携室）  
で受付をお願いいたします。

※緊急検査等により検査時間が前後する場合がありますので、ご了承ください。

※予約の変更は検査依頼元の医療機関にご連絡ください。

MR I 検査は、強い磁気を用いて体内の構造を調べる検査です。痛みや放射線被ばくの心配がない安全な検査ですので、安心して検査をお受けください。



## 1. 検査前のご注意

- 食事や内服薬の制限はありません。（腹部で一部食事制限の検査があります）  
※検査のための水分（水やお茶）の制限はありません。
- 磁気を用いる検査ですので、所持品を持ち込まれると破損したり、画像に影響を与えたりします。検査室には以下の持ち込みはできません。予めお持ちしておいてください。
  - ・ 磁気カード …… キャッシュカード、クレジットカード、診察券、テレホンカード、JR・地下鉄等のパスカード、その他磁気カード類
  - ・ 精密機器 …… 携帯電話、時計、補聴器 等
  - ・ 金属類 …… 義歯、眼鏡、財布、鍵、ライター、ボールペン、カイロ、ヘアピン、アクセサリ 等
- 検査を安全に行うため検査着に着替えていただきます。  
また、湿布や禁煙貼り薬、エレキバン等もはずしておいてください。  
ファンデーションやマスカラ、カラーコンタクト、ネイルアートなどには鉄分が含まれている場合がありますので、お控えください。
- ペースメーカーや除細動器装着の方は原則検査ができません。
- 妊娠およびその可能性のある方は事前に検査依頼元の医療機関へ必ずお知らせください。
- 閉所恐怖症のある方は検査ができない可能性があります。検査前にお知らせください。

## 2. 検査中のお願い

- ベッドに仰向けに寝て、体の力をぬいてリラックスしてください。
- 検査時間は約20～40分程度です。
- 検査中は、体を動かさないでください。
- 検査中にトントンという大きな音がしますが、磁石の振動音ですのでご安心ください。  
耳栓が必要な方は担当技師へお知らせ下さい。

※ 当日、来院できない時、遅れる時は、できるだけ早く当院放射線科までご連絡ください。

その他、ご不明な点がございましたら遠慮なくご相談ください。

地方独立行政法人 新小山市市民病院  
〒323-0827 栃木県小山市神鳥谷2251番地1  
TEL：0285-36-0200

★検査当日は、これらの用紙一式を必ずご持参ください★

検査予定日：

# MR | 検査を受けられる方へ

様 生年月日：

金属製又は磁気に敏感な物品、素材がわからないものを持っていたり身に付けていませんか？  
そのままMR | 室に入室すると吸着や熱傷事故につながり大変危険です。

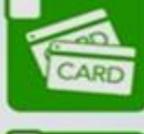
検査不可	要確認	要注意
	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・手術用クリップ</li> <li>・シャフト</li> <li>・ステント</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・刺青</li> <li>・タトゥー</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>・磁力装着義眼</li> <li>・体内に入った金属片/粉</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>・インプラント</li> <li>・本格矯正装置</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓ペースメーカー</li> <li>・除細動器</li> <li>・刺激電極</li> <li>・人工内耳</li> <li>・乳房皮膚拡張器</li> </ul>	<input type="checkbox"/> 対 <input type="checkbox"/> 非対応 不明な場合は検査不可	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・美容整形術で植え込まれた金糸等</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>・義肢</li> <li>・金属ボルト</li> <li>・プレートロット</li> <li>・人工骨</li> <li>・人工関節</li> </ul>

確認後  に  を入れて下さい。もし該当するものがあれば、項目に○を付けてください。

確認者(医師又は看護師)

確認日

## 取り外しのできる金属類・化粧品等 (不明な場合はそれぞれの商品の製造元にお問い合わせください。)

 <ul style="list-style-type: none"> <li>・カラコン外レンズ</li> <li>・アイシット</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・つけまつげ</li> <li>・マスカラ</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・めがね</li> <li>・補聴器</li> <li>・入歯</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・かつら</li> <li>・ウィッグ</li> <li>・増毛スプレー</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ラメ入り化粧品</li> <li>・金属付入り化粧品</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ヘアピン</li> <li>・髪留め</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・アクセサリー</li> <li>・指輪</li> <li>・ピアス</li> <li>・ネックレス</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ラメ入りネイルアート</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>・金具の付いた衣類や下着</li> <li>・コルセット</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・金属糸の入った衣類</li> <li>・保温機能下着</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ブラジャー</li> <li>・矯正下着</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・エレキバン</li> <li>・カイロ</li> <li>・シップ</li> <li>・各種貼付薬</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>・松葉杖</li> <li>・杖</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋力トレーニング用ウェイト</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・携帯電話</li> <li>・スマートフォン</li> <li>・タブレット</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・金属入りマスク</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>・磁気カード</li> <li>・銀行カード</li> <li>・クレジットカード</li> <li>・診察券</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホウキナイフ</li> <li>・カッター</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・時計</li> <li>・金属小物</li> <li>・ライター</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・財布</li> <li>・小銭</li> <li>・コインメダル</li> </ul>
 <ul style="list-style-type: none"> <li>・安全ピン</li> <li>・ゼムクリップ</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ペン</li> <li>・鉛筆</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・かぎ</li> </ul>	 <ul style="list-style-type: none"> <li>・その他素材のわからないもの</li> </ul>

<input type="checkbox"/> 自由記入欄(追加項目があれば記載)	<input type="checkbox"/> 自由記入欄(追加項目があれば記載)	<input type="checkbox"/> 自由記入欄(追加項目があれば記載)	<input type="checkbox"/> 自由記入欄(追加項目があれば記載)
<b>閉所恐怖症</b>	<b>インスリンポンプ 持続グルコース測定器</b>		

確認者

確認日

担当技師