

MRI検査（造影）を受けられる方へ

お名前 _____ 様

検査予約日時 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分

腹部の検査を受ける方は絶食です。

- () <朝食・昼食>を絶食にしてください。
- () 内服薬は<可・不可>です。
- () 飲食制限はありません。

水分は通常通り飲んでください。但し、水分をとることを制限されている方は除きます。

○この説明用紙と造影検査の間診・同意書を必ずご持参ください。

○予約時間の30分前までに【 外来1号館1階 紹介患者受付 】にお越しください。

◎撮影室は強磁場が発生中ですので、以下の事項に充分注意して下さい。

- 1.ペースメーカーを装着している方は、撮影室には絶対に入室しないで下さい。
- 2.妊娠初期の方、閉所恐怖症など狭いところが苦手な方は主治医とよくご相談下さい。
- 3.人工関節、手術用クリップ等を使用している方は、事前にお申し出下さい。

MR I 検査前事前チェックリスト

体内金属の有無（依頼時に確認）	確認医師名（ ）	所持品・装飾品の確認（来院時）	確認者
<ul style="list-style-type: none"> ・埋込型電子医療機器 (ペースメーカー・ICD・神経伝達装置・その他) 	無・安全確認済	<ul style="list-style-type: none"> ・ベルト、時計、眼鏡、補聴器 ・金属を含む下着、ブラジャー等 	
<ul style="list-style-type: none"> ・脳動脈瘤のクリップの一部 	無・安全確認済	<ul style="list-style-type: none"> ・アクセサリ 	
<ul style="list-style-type: none"> ・スワン・ガンツ、イレウス管 	無・安全確認済	<ul style="list-style-type: none"> ・磁気治療器、使い捨てカイロ等 	
<ul style="list-style-type: none"> ・血管内装置（ステント・フィルタ等） 	無・安全確認済		
<ul style="list-style-type: none"> ・内視鏡クリップ 	無・安全確認済	<ul style="list-style-type: none"> ・カラーコンタクトレンズ 	
<ul style="list-style-type: none"> ・インプラント、人工関節 	無・安全確認済・患者の同意有	<ul style="list-style-type: none"> ・金属成分を含む化粧品等 	
<ul style="list-style-type: none"> ・刺青、アートメイク 	無・安全確認済・患者の同意有		
<ul style="list-style-type: none"> ・乳房再建拡張器、美容整形金糸 	無・安全確認済・患者の同意有	<ul style="list-style-type: none"> ・塗り薬、パップ剤 	
<ul style="list-style-type: none"> ・その他体内金属（避妊リングなど） 	無・安全確認済・患者の同意有	<ul style="list-style-type: none"> ・アルミニウムを含む張付剤 	

検査室までの
介助(同伴)者サイン

技師サイン

当日お持ちいただく物

- 診療情報提供書・FAX依頼票（お持ちの方のみ）
- MRI検査（造影）を受けられる方へ
- 造影検査を受けられる方への問診・同意書
- 保険証・公費受給証など
- 横須賀共済病院診察券（お持ちの方のみ）

交通のご案内

- 京浜急行 横須賀中央駅（東口）から徒歩7分
JR横須賀線 横須賀駅下車 京浜急行3番バス停 米ヶ浜 下車



横須賀共済病院建物配置図



※ ご都合により予約の変更・キャンセルをされる場合は、予約をお取りになった医療機関へご連絡下さい。

※ 駐車スペース（有料）に限りがありますので、できるだけ車でのご来院をお控えくださるようご理解とご協力をお願いいたします。

造影検査を受けられる方への問診・同意書

お名前 _____ 様

1 今までに造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？

ない ある

2 造影検査を受けたことのある方にお尋ねします。その検査時に副作用と見られる症状はありましたか？

なかった あった

3 喘息をはじめ、アレルギー性の病気、体質などがありますか？

病名：

4 腎臓病や腎機能が悪いと言われたことがありますか？

なかった あった

5 現在の体重お知らせください。

_____ k g

同意書は検査当日、担当者にお渡しください。また、検査担当医師の判断で造影剤を使用しない場合もありますので、ご了承ください。

造影検査同意書

私は造影検査に使用する造影剤の副作用の可能性、別の選択の提示等に関する説明を受け、これを理解した上で、検査を受けることに同意します。また万一副作用が現れ処置が必要な場合、その処置を受けることに同意します。

横須賀共済病院長 殿

年 月 日

(本人または代理人) 氏名：

(続柄)

(自署または記名押印)

<紹介元医療機関記載>

説 明 日：

医療機関名：
称：

説 明 医 師：