

# MR I 検査を受けられる方へ

## 【MRI検査説明】

- ・この検査は強い磁石と電波を使いますが、人体に影響はありません。
- ・検査中は木槌で木を叩くような大きな音がしますが、気にせず安静にして体を動かさないようにしてください。
- ・検査は通常すべて終わるのに15分～1時間くらいかかります。
- ・撮影中、体が温かくなることがありますが、身体に害はありません。

## 【注意事項（※予約券で撮影部位の確認してからよくお読みください）】

### ● 撮影部位：腹部を含む方 ● （腹部以外の方の食事制限はありません）

- ・午前の検査の方は、朝食をとらないでください。（水のみ可）
- ・午後の検査の方は、昼食をとらないでください。（水のみ可）

### ● 撮影部位：子宮・卵巣・前立腺・膀胱を含む方 ●

尿をためた状態で検査を行いますので、尿をためた状態で来院してください。  
（検査1時間前より）

- ・当日までにMRIチェックリスト2種類を必ず確認してください。

状況により検査できない場合があります。可能な限り早めに確認してください。

- ・貼り薬などは検査の妨げになりますので、検査時は剥がして頂きます。
- ・妊娠の可能性のある方は申し出てください。
- ・検査を受けられなくなった場合や遅れる際は、必ずご連絡ください。

（予約時間までに受付にお越しいただけない場合、検査できない場合があります。  
時間厳守をお願いします。）

装置の調整や救急検査のため、予約時間どおり検査できないことがあります。あらかじめご了承ください。

検査についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせください。



早めにご確認ください

記入日 年 月 日

MRIチェックリスト（患者記入用）

医療機関様は患者さまに本紙をお渡しください。  
患者さまは内容を確認いただき、必ずチェックを入れて受診当日にご持参ください。

氏名 生年月日 年 月 日

1. 検査前日まで

（1）次のものを着用していない、または当日外すことができる。

（外せない場合は検査できません）

- |                                                                                |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）指輪                    | <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）義歯         |
| <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）ピアス                   | <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）ネックレス      |
| <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）ネイルアート                | <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）マニキュア（手、足） |
| <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）ウィッグ等（かつら・ヘアピースを含む）*1 |                                                                     |

\*1 マジックテープ式、接着剤式は着用した状態で検査可能です。

2. 検査当日

（1）次のものを着用していない（取れない場合は検査できません）

- |                                                                     |                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）パウダー状頭皮着色剤 | <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）義歯         |
| <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）アイライン      | <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）ネックレス      |
| <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）マスカラ       | <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）マニキュア（手、足） |
| <input type="checkbox"/> ない・ <input type="checkbox"/> ある）カラーコンタクト   |                                                                     |

（2）皮膚への色素注入（タトゥー・入れ墨・アートメイク）

☐ない・☐ある）→\*2をご確認ください。

\*2 火傷を受傷する恐れがあります。検査中に異変感じた場合は患者用ブザーでお知らせください。

502-8511  
岐阜市岩倉町3丁目36番地  
岐阜赤十字病院 MRI室  
058-231-2266（代表）