

# 【単純MRI検査】ご紹介手順ガイド



単純MRI 連携枠

毎週 月～木曜日 12:00 / 12:30

金属確認：問診票(様式2)必須

食事制限：原則なし

## ご紹介・予約完了までの実務手順 (3ステップ)

### 1 電話で予約枠を確保する

板橋病院 医療連携室に電話し、予約を確定してください。TEL: 03-3972-7800

### 2 安全確認を行い、書類を事前にFAX送信する

強力な磁場を用いるため、診察時に必ず体内金属等の確認を行い、医師確認署名を記入した問診票をあわせてFAXしてください。FAX: 03-3972-0018

 様式1 診療情報提供書(紹介状) 様式2 MRI検査前問診票(要事前FAX) 「③ 単純MRI検査予約票」

### 3 患者様へのご案内事項

「ご予約時間の**45分前までに**紹介状原本、署名済み問診票(原本)、保険証、予約票を持参し、1階総合案内にお越しいただく」ようお願いください。服装の注意も事前説明願います。

## ⚠️ 単純MRI検査 禁忌およびご紹介時の注意点

- **体内金属禁忌の事前確認**：心臓ペースメーカー、人工内耳、各種神経刺激装置、磁性脳動脈瘤クリップ等が体内にある場合は安全上、検査実施不可です。必ず事前のスクリーニングをお願いします。
- **貼付剤やメイク等**：サロンパス、エレキバン、経皮吸収パッチ(ニトロダーム等)、保温下着(ヒートテック等)、マニキュア、ジェルネイルは熱傷防止のため更衣時にすべて除去します。
- **検査結果のご返送**：画像CD-R及び読影レポートを検査翌日までに、紹介元医療機関(貴院)宛てに直接郵送いたします(当日渡し無)。

# 診療情報提供書 (連携放射線検査依頼用)

(日大板橋病院提出用)

日本大学医学部附属板橋病院

放射線診断 科 担当医 宛

検査予定日 年 月 日 ( )

〒173-8610

東京都板橋区大谷口上町 30 番 1 号

連携予約番号 03-3972-7800 (平日 : 9:00~16:30 土曜 : 9:00~14:00)

FAX 03-3972-0018

年 月 日

医療機関名

(記載せずに名刺を添付頂いても結構です)

所在地

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

下記の患者様を紹介いたします。

紹介目的 : MRI検査 CT検査

患者氏名 および 生年月日	フリガナ	男 ・ 女	大正・昭和	年 月 日生 ( 歳)
	様		平成・令和	
住所				TEL ( )
傷病名 又は 主要症状	検査目的			
検査区別 <input type="checkbox"/> 単純MRI <input type="checkbox"/> 単純+造影MRI <input type="checkbox"/> 単純CT <input type="checkbox"/> 単純+造影CT CT検査 : 部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 <input type="checkbox"/> 腹部~骨盤 <input type="checkbox"/> 脊椎 頸椎・胸椎・腰椎 MR検査 : 部位 <input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頭部 (MRA有) <input type="checkbox"/> 眼窩 <input type="checkbox"/> 副鼻腔 <input type="checkbox"/> 耳下腺 <input type="checkbox"/> 顎下腺 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 腹部 (肝臓・膵臓・腎臓) <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> 腹部EOB <input type="checkbox"/> 骨盤 ( <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 前立腺 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 直腸 ) <input type="checkbox"/> 上肢・下肢 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 部位 : _____ ) <input type="checkbox"/> 脊椎 ( <input type="checkbox"/> 頸椎 <input type="checkbox"/> 胸椎 <input type="checkbox"/> 腰椎 <input type="checkbox"/> 仙椎 )				

(日大板橋病院提出用)

## MRI 検査前問診票

以下の質問に「はい」または「いいえ」でご回答ください。不明な点がある場合は、遠慮なくご相談ください。

1. 以下の体内留置装置・金属を埋め込んでいますか？ →  はい・  いいえ

※「はい」の場合、原則として検査を受けることができません。

- |   |            |                  |       |
|---|------------|------------------|-------|
| { | ・心臓ペースメーカー | ・植え込み型除細動器 (ICD) | ・人工内耳 |
|   | ・神経刺激装置    | ・脳深部刺激装置         |       |

2. 手術等により体内に金属が入っていますか？ →  はい・  いいえ

※「はい」の場合、検査を受けられない可能性があります。

- |   |                                |          |          |
|---|--------------------------------|----------|----------|
| { | ・心臓人工弁 (※1970年以前)              | ・外科用クリップ | ・心血管ステント |
|   | ・脳動脈クリップ・コイル (※2003年以前)        |          |          |
|   | ・人工関節、ボルト、プレート、ステープラー、歯列矯正ワイヤー |          |          |

3. 狭い空間が苦手ですか？ (閉所恐怖症) →  はい・  いいえ

※「はい」の場合、原則として検査を受けることができません。

4. 入れ墨、アートメイク、メイクアップ (アイライン、マスカラ等) がありますか？

→  はい・  いいえ

※「はい」の場合、検査中に熱傷・変色を起こす可能性を説明して同意を得てください。

5. 【女性の方のみ】現在、妊娠している可能性はありますか？ →  はい・  いいえ

※「はい」の場合、影響が懸念されますのでご相談ください。

6. インスリン持続注入ポンプや血糖値モニタリングセンサーを装着していますか？

→  はい・  いいえ

※「はい」の場合、検査前に取り外していただきます。

7. 1カ月以内に内視鏡検査を受けましたか？ →  はい・  いいえ

※「はい」の場合、止血クリップの有無を確認してください。

8. マニキュア、ネイル (手足)、ヘアパウダーの装着 →  はい・  いいえ

※「はい」の場合、原則として検査は実施できません。外してご来院いただきますようお願いいたします。

※造影検査をご希望の場合は、患者及び説明医師の署名をしたうえで、ファックスをお願いします。  
す。なお、当日は必ずご記入頂いた同意書を持参して下さい。

# MRI検査をお受けになる方へ

## ㊦ 《食事・水分についての制限》

- 単純MRI（頭部、骨、関節等）：通常通りで制限はありません。
- 腹部・骨盤のMRI 又は「造影検査」：検査前3時間は食事を控えてください。水分摂取（水・茶）は十分に行ってください。
- MRCP（胆管膵管）検査：食事は3時間前、水・お茶は2時間前まで。それ以降は完全絶食となります。

## 1. MRI検査の目的と方法について

強い磁場と電波を利用して、体の中の断面を画像化します。病気の診断、病態の把握、治療効果の確認、経過観察にきわめて有用な検査です。

## ⚠ 2. 予想される効果と不利益（禁忌）

電波による被ばくはありませんが、体内に金属や電子医療機器がある場合は故障・火傷のリスクが生じ、検査が行えないことがあります。

### ◎以下に該当する方は担当医にお知らせください

- |              |              |
|--------------|--------------|
| ① 心臓ペースメーカー  | ② 埋込み型除細動器   |
| ③ 神経刺激装置     | ④ 脳動脈クリップ    |
| ⑤ 血管ステント・人工弁 | ⑥ インスリン注入ポンプ |
| ⑦ 内視鏡止血クリップ  | ⑧ 磁性付義歯      |
| ⑨ 人工関節       | ⑩ 人工内耳       |

\*妊娠中 \*アートメイク・入れ墨 \*閉所恐怖症 \*避妊リング留置 \*リブレセンサー \*マニキュア・ネイル(原則不可)

※金属等の新規挿入があった場合は紹介元の先生にご連絡ください。

## 3. MRI以外の可能な診療方法

超音波やCT検査などがありますが、MRIにしか描写できない病変の診断には、本検査が不可欠となる場合があります。

## 4. MRI検査の不利益の予測と処置

予期せぬ気分不快が生じる可能性はゼロではありませんが、当院では緊急時にも即座に対応できる救急体制を常時整えています。

## 🕒 5. 検査前の準備

- 金属（ファスナー等）のない服装でお越しください。
- ロッカー保管（カード類、携帯、時計、ヘアピン等）。
- 貼り薬の除去（湿布、エレキバン、経皮吸収パッチ、ヒートテック下着などは火傷誘発の原因となるため除去します）。
- 化粧・ネイル（アイシャドウ等は控えめに。カラーコンタクトは外してください）。

## 6. 検査中のお願い

- 検査中は常に技師とマイク・ブザーで通話可能です。
- 大きな連続音（ドンドン等）がしますが心配ありません。
- 体を動かすと画像がボケてしまうため静止を維持してください。

## 7. その他の注意事項

- 予約時間に遅れますと、当日中に検査が行えない場合があります。
- 救急患者への緊急対応により、開始が遅れる場合がございます。
- ご都合が悪くなり来院できない場合は、紹介元の先生（クリニック）へお早めにご連絡ください。**

## 単純MRI検査をお受けになる方へ

患者様お名前



様

検査予約日時



年

月

日 ( )

 12:00 12:30

当日のご来院時間

ご予約時間の45分前までに必ずお越しください

事前確認や安全確認がございます



## ① 当日ご持参いただくもの

- ✓ 本予約票 (本紙)
- ✓ 紹介状の原本
- ✓ マイナカード・保険証
- ✓ 各種医療費受給者証
- ✓ 記入済みのMRI前問診票 (様式2)



## ① 安全のために (中止基準)

以下に該当する場合、安全上の判断から当日検査を行えないことがあります。

- ペースメーカー、人工内耳等の留置
- 手術等による体内の留置金属類
- 入れ墨・アートメイク (熱傷リスク)
- 各種ネイル類 (ジェル・磁性等)
- 貼り薬 (湿布、エレキバン、温感剤)



## お食事についてのルール



## お食事・水分の制限はありません

単純MRI検査の場合、通常通りお食事を召し上がってご来院いただけます。

※ただし、腹部単純、MRCP、骨盤腔検査の指示がある場合は、より鮮明に撮影するため、3日前からの食事制限を指示される場合がございます。

## 当日の流れ (目安所要時間: 約1.5時間~2時間)

45分前

1階 総合案内  
紹介状、予約票を  
提出

地下2階

MRI受付  
金属物の最終問診

検査前

医師診察  
安全性の再診察

検査時間

単純MRI  
約20分~40分撮影

地下1階

外来会計  
12番に提出・自動  
精算

結果送付

医療機関へ  
翌日までに紹介元へ  
発送



## ◎交通案内および駐車場情報

電車: 東武東上線 大山駅南口より徒歩15分 / タクシー約10分

タクシー: 池袋駅西口より約15分 / ときわ台駅より約10分

駐車場: 400円/60分

※大変混雑し満車になることが多く、駐車待ちにより予約時間に間に合わない恐れがあります。ご来院の際はなるべく公共交通機関をご利用ください。

バス (池袋駅から・約20~25分):

西口4番: 池05「日大病院」ゆき (終点)

東口8番: 光02「光が丘駅」ゆき「大山」下車徒歩8分

バス (千川駅から・約15分):

1番出口1番: 池05・池85「日大病院」ゆき (終点)

バス (赤羽駅から・約30分):

西口4番: 赤57「日大病院」ゆき (終点)