

# 単純MRI検査予約票

検査予約日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分		
必ず検査予約時間の <b>30分前まで</b> にご来院ください ※予約時間に遅れた場合は検査を受けられないことがありますのでご注意ください			
当日ご持参いただく物			
保険証	診療情報提供書	予約票	問診票兼同意書

## 《検査当日の注意事項》

- 腹部検査（MRCP・肝臓）の場合、午前の予約では朝食を、午後の予約では昼食をとらないでください。※水分(お茶・水)はとって頂いて結構です。検査1時間前からは水分もお控えください。
- MRI検査室の中には何も持ち込めません。  
外せるもの(特に金属類：ブラジャー、ヘアピン、アクセサリー類、入れ歯)は全て外してください。  
金属類はやけどや画像が乱れる原因となります。また磁気カードや精密機器類は故障の可能性があります。
- 発熱素材（ヒートテック等）の衣類は特にやけどのおそれがあるため、お脱ぎください。
- ラメを用いた化粧・磁石を利用したアイメイク（マグネティックアイラッシュ等）は検査当日のご使用はお控えください。→機器の故障や化粧部分のやけど・変色のおそれがあります。  
※場合によっては検査前にメイクを落としていただくことがありますので、ご了承ください。
- ネイルアート（特にミラーネイルやマグネットネイルなど）は検査当日のご使用はお控えください。  
→機器の故障や、爪や皮膚のやけど・変色の恐れがあります。  
**※ミラーネイル、マグネットネイル、ラメや金属パーツのあるネイルがついている場合は、手足に関わらずMRI検査を受けられません。必ず検査当日までにオフしてください。**
- 増毛パウダーや白髪染めマスカラ、白髪染めスプレーは検査当日のご使用はお控えください。  
機器の故障に繋がるため、検査当日ご使用の場合は検査を受けられません。
- 色素の入ったコンタクトレンズは外して検査をします。保存ケースをご持参ください。  
※なお、具合の悪い患者様を優先して検査をさせて頂く場合がありますので、ご了承ください。

## 《検査内容》 ※当クリニックでは3テスラという強さのMRI機器にて検査します。

- ・この検査は放射線を使用せず、強い磁石と電波を利用して身体の構造や臓器の状態を調べます。
- ・撮影台に寝て検査を行います。検査中は大きな音がしますが、動かないでください。
- ・正確な位置合わせの為に身体に触れる事があります。
- ・検査は15分～30分程度かかります。(所要時間は検査内容により異なります。)
- ・必要に応じて液体のお薬を検査直前にお飲みいただいたり、呼吸(息止め)の指示があります。

## 《禁忌》

以下の項目に当てはまる方は、原則として検査を受けられませんのでご注意ください。

- ・心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器 ・条件付きMRI対応の医療機器 ・人工内耳
- ・脊髄刺激システム(脊髄刺激療法) ・脳深部刺激システム(脳深部刺激療法) ・磁石式人工肛門
- ・インスリンポンプ/グルコース測定器 ・チタン製以外の内視鏡止血クリップ(マーキングクリップ)
- ・その他の電子部品を含む医療機器 ・眼窩内の強磁性体の破片 ・金の糸を埋め込む美容整形
- ・妊娠中(特に妊娠3ヶ月以内の方)または妊娠している可能性がある方

## 《確認事項》

以下の項目に当てはまり、詳細が不明な方は、**事前にかかりつけ医に「3テスラMRI検査が可能であるか」ご確認ください。**

- 体内金属（脳動脈瘤クリップ・金属コイル・ステント・止血クリップ・人工関節・義眼・体内異物・子宮内避妊用具(銅)など）がある方 ※ステンレス・強磁性体のものは検査不可。チタン製は検査可。
- 刺青(タトゥー)・アートメイクがある方（顔料に金属が含まれているものは変色・やけどの可能性あります。）
- 美容整形している方（金の糸など金属が含まれるものは色素沈着・やけどの可能性あります。）
- 薬物貼付剤を使用している方（やけどの可能性あります。）
- 磁石を利用したインプラント・入れ歯がある方（磁気が消失し、破損の恐れがあります。）
- 取り外せない歯列矯正器具（リテーナー含む）がある方

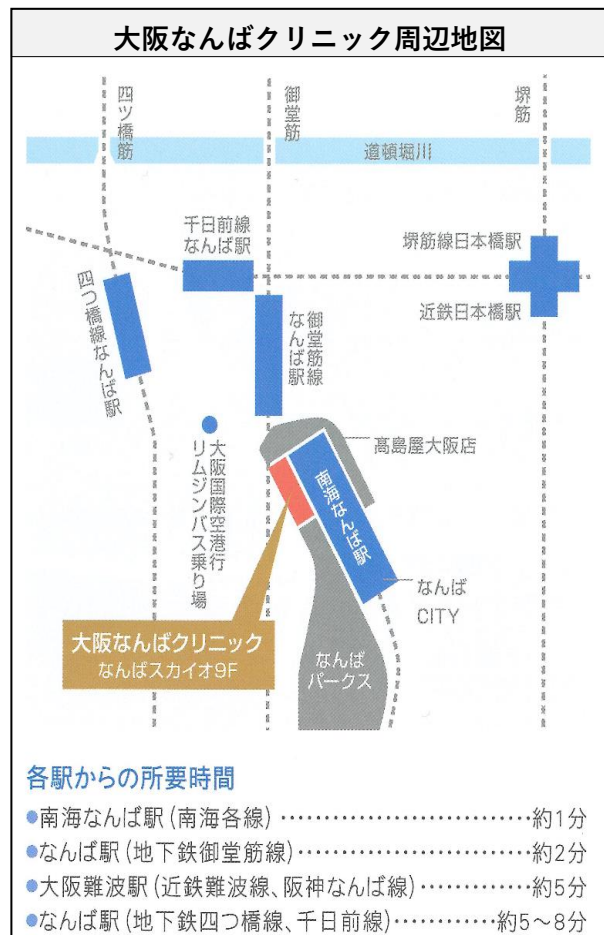
## 《交通アクセス》

〒542-0076 大阪府大阪市中央区難波5丁目1-60 なんばスカイオ 9階

なんばスカイオ1階・3階にあるクリニック専用エレベーターで9階までお越しください。

インターネットで「大阪なんばクリニック」と検索、または下のQRコードから当院ホームページにて詳細をご確認ください。

お問い合わせ：06-6648-8930



## 診療情報提供書（単純MRI用）

2025/10改

医療法人社団 新生会 大阪なんばクリニック 宛

医療機関名	
所在地	
TEL/FAX	
医師名	

貴院での今回の診療について  保険診療  自由診療（※当院での検査費用は自費扱いです）  
読影  要  不要

検査予約日時	年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分
(ふりがな) 氏名	様 (男・女)
生年月日	年 月 日
住所	〒
電話番号	
当院受診歴	有 ・ 無
現病歴/アレルギー	
傷病名	
簡易な経過	
検査目的	
撮影部位	頭部 (脳 下垂体 眼窩) 腹部 (MRCP 肝臓) 脊椎 (頸椎 胸椎 腰椎) 骨盤 (子宮卵巣 前立腺) 関節 (肩 肘 股 膝) ※左右記載必須
	(右・左)
	*当院のルーチンシーケンスにて撮影いたします。撮影内容は当院までお問い合わせください。
備考	

代表TEL 06-6648-8930 / FAX 06-6648-8951

電話にて予約日時が確定後、本用紙に必要事項を記載の上、当院にFAXをお送りください。原本は患者様にお渡しいただき、検査当日ご持参くださるようお願いいたします。必要に応じて写しをお取りください。

## MRI検査問診票 兼 同意書

検査予約日時： 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分

検査予約時間の30分前までにご来院ください

氏名：

体内金属や金属等を身につけて入室することで、機器の破損、発熱・やけどなどの危険があり、画像にも影響します。また、吸引・吸着によるMRI装置の破損の可能性もあり、大変危険です。検査を安心・安全に行う為、以下の項目について確認頂き、最後にご署名をお願いします。

## 確認項目

今までにMRI検査を受けたことがある。	有・無
閉所恐怖症	有・無
手術による体内金属・機器など(コイル・ステント・クリップ・プレート・人工関節など) 時期( ) 箇所( ) 内容・素材( )	有・無
一時的な体内留置金属・取り外せない歯列矯正器具など(リテーナー含む)	有・無
1ヶ月以内の内視鏡検査におけるポリープ切除等の処置(止血クリップ・マーキングクリップ使用) ⇒ ステンレス製のクリップはMRI禁忌です(クリップが腸内にないことが確認できればMRI検査可能)	有・無
※「有」の方で詳細が不明な方は、事前にかかりつけ医に「3テスラMRI検査が可能であるか」ご確認ください。 詳細がわからない場合や磁性体金属の場合、及び条件付きMRI対応の医療機器がある方は検査できません。	
ペースメーカー・植え込み型除細動器・人工内耳・神経刺激装置など	有・無
体内の鉄片・銃弾など(ケガや職業によるもの) ※眼窩内に鉄片がある方は検査できません。	有・無
尿道バルーンカテーテル・ストーマ(人工肛門) ※磁石や金属部分がないかご確認ください。	有・無
美容整形(金の糸など) ※やけど・色素沈着のおそれがあり、検査できません。	有・無
一時染毛料(増毛パウダー・白髪染めスプレーなど) ※検査当日ご使用の場合は検査を受けられません。	有・無
インプラント・入れ歯(特に磁石で入れ歯を固定しているもの) ※破損のおそれがあります。	有・無
刺青・アートメイク(眉/アイラインなど) ※やけど/変色のおそれがあります。	有・無
メイク(特にラメを用いた化粧・磁石を利用したアイラッシュ等) ※検査当日はお控えください。	有・無
ネイルアート(特にミラーネイルやマグネットネイルなど) ※検査を受けられません。	有・無
貼り薬・シップ(ニトロダーム・ニコチンパッチ・フェントステープ・フェンタニルテープ・ノルスバンテープなど)	有・無
色素が入っているコンタクトレンズ(保存ケースをお持ちください)	有・無
妊娠または妊娠の可能性	有・無
備考(伝えておきたいこと・心配なことがありましたら記入してください)	

上記の項目について理解し、相違ありません。

(本人) 年 月 日 (自署)

(代理人) 年 月 日 (自署) (続柄)

※未成年の場合は代理人欄に保護者のサイン

技師確認者

# MRCP検査説明書

※MRCP検査を受けられる方にのみお渡し下さい。

## 《MRCP検査について》

MRCP検査は、主に 胆のう・胆管・膵管や肝臓・膵臓 を撮像する検査です。

検査の直前に「ボースデル」という液体を服用していただきます。

ボースデルを服用して検査をすると、消化管（胃・十二指腸）と、周りの臓器（膵臓、胆のう）との区別がはっきりしたり、膵管や胆管がはっきり見えるようになります。

ボースデルはマンガンを含む容量250mlの無色透明でやや甘みのある液体です。

服用後48時間でほぼ全てが糞中に排泄されます。

## 《禁忌》

下記に当てはまる方は、ボースデルを使用できません。

・消化管の穿孔またはその疑いのある方

※ボースデルが消化管外に漏れることにより、腹膜炎等の重篤な症状を引き起こす恐れがあります。

・過去にボースデルを服用し、アレルギー症状が出たことがある方

※成分であるマンガンに対してアレルギーのある方も使用できません。

## 《副作用》

ボースデルを服用すると、まれに副作用が起こることがあります。

主な副作用は軟便、下痢、腹痛、腹鳴、悪心、腹部膨満、胸やけ、眠気、頭痛、尿蛋白陽性、尿糖陽性などで基本的に自然に軽快します。このような副作用が起こる確率は1000人に1人程度（0.1%～5%未満）とされています。 ※軟便のみ、5%以上の確率で発生する場合があります。

## 《注意事項》

○午前の予約では朝食を、午後の予約では昼食をとらないでください。

※脱水予防のため、水分（お茶・水）はとっていただいて結構です。検査1時間前からは水分もお控えください。

○下記を服用している方は薬剤の作用が減弱する恐れがあるので、検査終了後3時間程度服用時間を空けてください。

・テトラサイクリン系経口抗生物質

・ニューキノロン系経口抗菌剤

・セフジニル

○授乳中の方は、2日間程度授乳をお控えください。（ボースデルの成分が微量ながら母乳中に排出されます。）

## ※※※検査中の呼吸指示（息止め）について※※※

○検査中、息止めの指示があります。「息を吸って、吐いて、とめてください」「楽にしてください」

○検査の中盤では、息を止めずに自然呼吸下で撮影を行います。

呼吸のリズムが乱れたり、呼吸の深さ（横隔膜の位置）が変わったりすると、画像が乱れてしまい正確な検査結果が得られない恐れがあるため、一定のリズム・一定の深さで呼吸するよう心がけてください。

正確な検査のために、呼吸指示へのご協力をお願いします。

※息止め不良の場合、正確な検査ができないことがあります。予め、ご了承ください。