

大阪母子医療センター
MR検査予約申込書

平成 年 月 日

[送信先] 大阪母子医療センター
地域連携（患者支援センター）
FAX：0725-56-5605

【予備】0725-56-7785（回線混雑時等にご使用ください。）

紹介 医療機関	名称	部署・科 ()			
	TEL	()	FAX	()	
	医師名		医師の緊急 連絡先	()	
患者情報	ふりがな				<input type="checkbox"/> 男
	患者氏名				<input type="checkbox"/> 女
	生年月日	平成 年 月 日生	(歳)		
	TEL	自宅： () 携帯： ()	FAX	()	
	センター 受診歴	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 受診歴あり (年 月頃 科)			
依頼内容	診断名				身長 (cm)
	既往				体重 (kg)
	現病歴				
	検査目的				
	検査部位	<input type="checkbox"/> 頭部 <input type="checkbox"/> 頸部 <input type="checkbox"/> 胸部 (心機能解析・流速解析を除く) <input type="checkbox"/> 腹部 <input type="checkbox"/> 骨盤 <input type="checkbox"/> 腰仙部 <input type="checkbox"/> 四肢 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
備考					
検査希望日	第1	平成 年 月 日 ()曜日	15:30 検査開始		
	第2	平成 年 月 日 ()曜日			
	第3	平成 年 月 日 ()曜日			

〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840 地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪母子医療センター	初診予約係（患者支援センター） TEL：0725-56-9890（直通） 0725-56-1220（代表）
--	---

MR検査説明書

MR検査について

- MR検査とは、磁気と電波を用いて人体の断面画像を撮影する検査です。
- 検査時間は、30分前後です。
- 検査は、ガントリという筒の中に入っていきます。ガントリは狭くやや奥まっているため、狭い場所が苦手な方は（閉所恐怖症等）気分が悪くなることがあります。
- 検査中は大きな音がしますので、ヘッドホンをつけていきます。
- 電波の影響で体が温かく感じる場合があります。ごくまれに やけどの発生が報告されていますが、検査には十分な注意をはらって行っています。
- 胎児への磁場の影響が確立していないため、妊娠中（特に初期から中期）はなるべく 検査を避けるようにして頂いています。妊娠中の方・妊娠の可能性のある方は、必ず依頼医にご相談ください。
- X線を使わないので放射線被ばくはありませんが、強い電波と磁場の中に入るため、検査を受けるにあたり様々な制限があります。
これらの制限事項に当てはまる場合は、検査ができません。
別紙、「MR検査同意書」の[禁忌事項] [確認事項]をごらんのうえ、依頼医にご相談ください。

注 意 事 項

- 単純MR検査のみのご予約です。造影検査は行いません。
- 検査日の変更・キャンセルは、早めにご連絡ください。
- 検査日時は、月～金曜日の 午後 3時30分からです。
検査開始時刻の 30分前に、初診受付（総合受付カウンター⑦番）にお越しください。
- 検査当日、「MR検査同意書」（原本）を必ずご持参ください。
- 検査当日までに、妊娠と診断された方、または可能性のある方は、お知らせください。
- 下記の場合、検査ができない、または途中で中止となる場合がありますので、ご了承ください。
 - ① 検査開始時刻の30分前に来院されなかった場合。
 - ② 同意書をお持ちでない、または、検査に同意していただけない場合。
 - ③ 検査前チェック（金属チェック・妊娠・その他）で、検査不可と判断された場合。
 - ④ 体動、その他の理由で検査続行不可能と判断された場合。

お問い合わせ

地方独立行政法人 大阪府立病院機構
大阪母子医療センター

TEL： 0725-56-1220 （代表）

* 予約変更・キャンセルについて

TEL： 0725-56-9890 （直通）

月曜日～金曜日 午前9時～午後5時

MR検査同意書

●禁忌事項

* 必ず、あり・なしのいずれかに、チェックを入れてください。記載のない場合は検査ができません。

① 心臓ペースメーカー・除細動器	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
② 人工内耳・中耳	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
③ 神経刺激装置などの体内電子装置	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
④ 可動型義眼・眼窩内の金属片（失明の例あり）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑤ 磁石を利用した義歯等（装着不能となる可能性あり）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
⑥ スワンガンツカテーテル・導電率の高いカテーテル（溶けた例あり）	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

【 以上の項目が一つでも「あり」の場合、MR検査はできません 】

●確認事項

* 以下の項目に該当するものがあれば、□にチェックをいれてください。

(1) 体内の金属や異物

<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ・血管内ステントフィルター (MR対応であるか確認してください)	<input type="checkbox"/> MR 対応	<input type="checkbox"/> MR 非対応
<input type="checkbox"/> 人工心臓弁 (手術した施設で、MR対応であるか確認してください)	<input type="checkbox"/> MR 対応	<input type="checkbox"/> MR 非対応
<input type="checkbox"/> 人工骨頭・人工関節 (部位: _____ 材質: _____)		
<input type="checkbox"/> 手術クリップ・ワイヤー (部位: _____ 材質: _____)		
<input type="checkbox"/> その他の体内金属・カテーテルなど (部位: _____ 材質: _____)		
<input type="checkbox"/> 補聴器・インプラント・矯正具（差し歯・クラウン・金歯・銀歯は除く）		
<input type="checkbox"/> 入墨・アートメイクなど（成分により発熱・火傷・変色する可能性あり）		
<input type="checkbox"/> その他 ()		

(2) 妊 娠（胎児の安全性は未確立） 妊娠中: _____ 週（リスク説明了承済） なし

(3) 感染症 あり ()

(4) 閉所恐怖症 あり（ご本人の同意あり）

●依頼医説明確認

別紙の【MR検査説明書】にもとづき、検査目的、方法、偶発的危険性等について説明を行い、上記の禁忌事項および確認事項を確認しました。

説明年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

医療機関名: _____

依頼医自署: _____ 同席者: _____

●患者同意確認

MR検査を受けるにあたり、別紙の【MR検査説明書】および上記に記載されている各事項について書面および口頭での説明を受け、その内容を十分に理解しました。そのうえで十分納得して、MR検査を受けることに同意します。

同意年月日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者氏名: _____

代理人自署: _____ 続柄: _____

* 同意はいつでも撤回できますので、お申しつけください。

※ 検査当日、患者さんはこの同意書を必ずご持参ください。