

CT、MRI及びUS検査 当日のご注意

I 検査を受ける皆様へ

- ① 金属類の検査室への持ち込みは厳禁です。
アクセサリ、貴重品は鍵付きのロッカーにお入れください。
ワイヤー付きの下着（ブラジャーなど）、機能性肌着（ヒートテックなど）は着用したまま撮影できません。
- ② その他携帯品等も検査室に入る前に外していただき、持ち込まないようお願い致します。
**例）ウィッグ、入れ歯、眼鏡、補聴器、ヘアピン、ピアス、カラーコンタクトレンズ
湿布・貼付剤、エレキバン、使い捨てカイロ、時計、鍵、携帯電話など**
- ③ 特に定期券や銀行等の磁気カードは、MRI 磁気により、カード情報が消失しますので検査室への持ち込みは厳禁です。
- ④ お子様（乳幼児）連れでのご来院はできる限りお控え下さい。
- ⑤ 健康保険証ならびに各種受給者証をお持ち下さい。

II 各検査の注意事項

1. MRI を受診の方へ

- ① 次の方は当院では対応しておりません。
 - ・ 心臓ペースメーカーを埋め込んでいる方。
 - ・ 人工内耳、人工中耳の方。
 - ・ 眼に微細な金属片が入っている、または入っていると疑わしい方。
- ② 以下の器機を挿入・留置されている方は、主治医にMRI検査の可否をご確認ください。
 - ・ 血管へのステント挿入手術を8週間以内に受けられた方。
 - ・ 金属製の人工心臓弁の手術を受けている方。（古い人工弁のある方）
 - ・ 脳動脈瘤クリップが入っている方。（チタン製でないもの）
 - ・ インプラントの埋入後8週間以内の方。
 - ・ 金属の義眼底の方。
 - ・ 骨折によりボルト固定がされたままの方。
 - ・ 避妊リングのある方。
 - ・ 人工関節のある方。
 - ・ （MRI非対応の）中心静脈カテーテルのある方。
- ③ 以下の方は検査に支障が生じる可能性があるため、検査ができない場合があります。
 - ・ 入れ墨のある方。
 - ・ タトゥー、アートメイクのある方。

<金属がお体にある方>

MRI装置本体は、強い磁場で装備されているため、金属（磁石につくもの）が強力に吸着され、MRIや医療機器の故障につながり大変危険です。上記注意事項に該当される方は体調の不具合が生じたり、金属が熱を発することで、やけど・目などの粘膜損傷・タトゥーの色などの変質を生じることがあり検査ができません。また画像に影響するため、目的の部位の撮影が不十分となることがあります。その他、金属に関する情報が不明の場合は当院では検査を行っておりません。

また、以下の方も検査ができないことがありますのでお申し出ください。

- ・ 妊娠している方、または妊娠している可能性がある方。
- ・ 閉所恐怖症の方。
- ・ 30分～1時間程度の安静・姿勢保持ができない方。

2. CT を受診の方へ

次の方は、CT検査を受けられない可能性があります。必ずスタッフにお申し出ください。

- ・ 妊娠している方、または妊娠している可能性がある方。
- ・ 取り外しの出来ない金属がお体にある方。
- ・ 心臓ペースメーカーを使用されている方。
- ・ 30分～1時間程度の安静・姿勢保持ができない方。

3. US（超音波検査）を受診の方へ

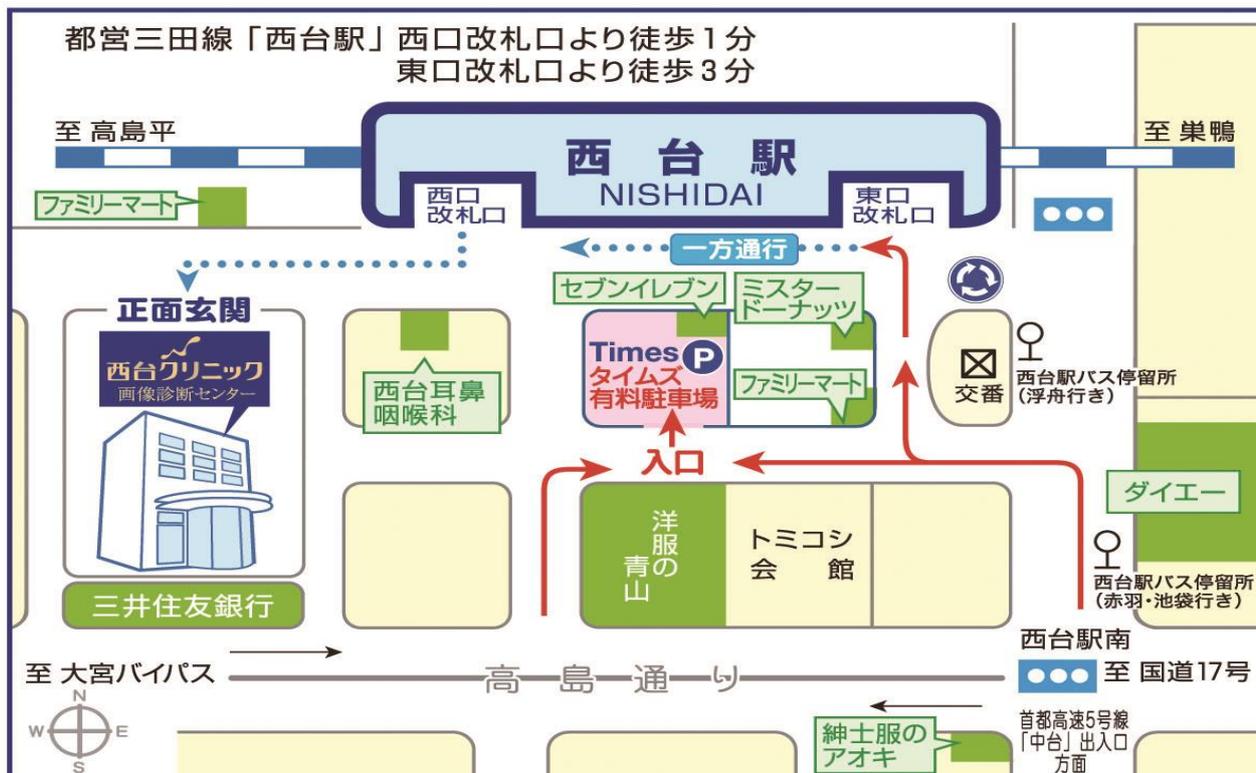
- ・ 腹部超音波を受ける方は検査の5時間前以降はお食事の摂取をお控え下さい。
お水・お茶はお摂りいただいても結構です。
- ・ その他の部位の検査の方は、絶食等の制限はありません。

当日の患者さんの負担額（概算）

	MRI	CT	US（超音波検査）
1割負担	3,500円	3,000円	2,000円
2割負担	6,000円	5,000円	3,000円
3割負担	8,500円	7,000円	4,000円

医療法人社団 高千穂会 西台クリニック

西台クリニック 画像診断センター ご案内図



NISHIDAI CLINIC
DIAGNOSTIC IMAGING CENTER
西台クリニック 画像診断センター

〒175-0082
東京都板橋区高島平 1-83-8
TEL 03-5922-0700
FAX 03-5922-0701
<https://www.ncdic.jp>

検査同意書

MRI 検査

MRI 検査は、磁気を用いて体内の構造を画像化する検査です。強い磁気を用いるため、心臓ペースメーカーの埋め込み手術をされた方や、体内に手術等に伴う金属のある方は検査できませんので、お申し出下さい。検査自体は、検査装置の上で安静にしているだけですが、比較的狭い機械の中に入りますので、閉所恐怖症の方は検査できません。また、大きな音がする検査ですので、耳栓をして頂くことがあります。

CT 検査

CT 検査は、臓器の形態を見る画像診断装置です。

註) 検査を受けるにあたって、次の点をご理解下さい。

*X線を用いた検査です。肺全体の検査の場合、被ばく量は約3～6 mSv 程度です。

*妊娠中の方、または妊娠している可能性のある方は受診できません。

超音波検査

超音波検査は、超音波を用いて体の中を直接診ることにより様々な病気を発見できる検査です。検査は超音波を利用するため、副作用はありません。また、超音波を通りやすくするため、水を固めたようなゼリーを検査部位につけますが、皮膚への影響はほとんどありません。

以上の検査を受診するか否かは、あなたの自由意志に基づくものです。検査を受診することに同意された後でも、いつでもそれを撤回することができます。また、これらの検査に関して得られた個人情報、厳重にお守りいたします。

医学の発展のため、検査結果は医学会や医学雑誌に発表することがありますが、氏名などの個人を特定するような情報は一切公表されることはありませんので、ご理解下さい。

私は、以上の説明を読み、検査内容について十分理解いたしましたので、検査を受診することに同意致します。

年 月 日

ご署名

東京都板橋区高島平 1-83-8
医療法人社団 高千穂会
西台クリニック



【新型コロナウイルスに関する問診表】

ご記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご依頼元医療機関名 _____

患者様氏名 _____

医師名 _____

4週間以内の症状の有無		有・無	症状有の場合 (期間: / ~ /)
確認事項	1	発熱	有・無 最高 _____ °C
	せき症状	有・無	(期間: / ~ /)
	鼻汁が出る	有・無	(期間: / ~ /)
	だるさ (倦怠感)	有・無	(期間: / ~ /)
	痰が出る	有・無	(期間: / ~ /)
	息苦しさ	有・無	(期間: / ~ /)
	味覚・嗅覚障害	有・無	(期間: / ~ /)
	PCR検査実施 有無	有・無	(実施日: /) 陰性 ・ 陽性
2	その他臨床症状 (頭痛・胸の痛み・嘔吐など)	有・無	(期間: / ~ /) 【症状: _____】
3	同居者の上記症状の有無	有・無	(期間: / ~ /) 【症状: _____】
	自宅待機中及び 経過観察者の有無	有・無	(期間: / ~ /)
4	検査受診時の付添者の有無	有・無	※1.付添者が来院する場合は必要最低限でお願いします。

※この問診票は、患者様の新型コロナウイルスの症状の有無を確認するためのみ利用致します。