心臓ドックを受診される方へ　　様

あなたの受診日は　　月　　日(　)受付時間　　時　　分

あなたの受診料金は　　￥

1．検査項目

①心臓超音波検査(心エコー)：超音波をあててその反射の強さを画像化し、心臓の大きさや壁の厚さ・動き・弁の形状や可動性・血液の流れなどを観察する検査で、心肥大や心筋梗塞・心筋症・心臓弁膜症などの発見に有用

②運動負荷心電図検査：(トレッドミル運動負荷試験)　運動で心臓に負荷をかけて、心電図変化・血圧変化・不整脈の出現などを観察する検査で、虚血性心疾患(狭心症等)の発見に有用

③-1 MRI(MRA)：　心臓の冠動脈(心臓を取り巻く動脈)を3D立体画像や様々な曲断面として描出する検査で、冠動脈の走行や狭窄の評価に有用(X線被曝はなく、造影剤使用もなし)

③-2 CT：(MRI実施不可の場合に限る)　短時間に多くの断面を撮影することで精細な画像表示が可能となったCTにより、冠動脈の動脈硬化の指標のひとつとされるカルシウム(石灰化)スコアを 算出して、冠動脈疾患(心筋梗塞・狭心症)の危険性を調べる

※MRI検査は、強い磁石を使用して狭い筒状の中で長時間仰向けの状態で行う検査ですので様々な制約があります。詳細はMRI検査(心臓ドック)実施確認書をご覧ください。

2．受診前日と当日について

① バイアグラなどの勃起不全治療剤を使用されている場合は、前日から休薬して下さい。

② 昼食は12：00頃までに済ませておいて下さい。（食べ過ぎないようご注意下さい。）

＜持参して頂くもの＞　問診票・保険証・ﾄﾚｯﾄﾞﾐﾙ同意書・MRI検査実施確認書・MRI実施許可確認書(体内金属ありの方のみ)

→検査を進める上で大切ですので、全て記入した上でご持参願います。

＊コンタクトレンズ・入れ歯等をご使用の方はケースをご持参下さい。

3. スケジュール

＊緊急等の状況により変更になることがあります

13：00～13：15	受付（健診センター）		
▼			
14：00	心エコー	（所要時間　約30分）	
▼		順番は前後することがあります	
14：30	トレッドミル	（所要時間　約30分）	血圧200以上/120以上或いは体重100kgを超える方は危険回避のため、ご遠慮頂いております。
▼			
15：00	MRI・MRA	（所要時間　約30分）	
	または		
	CT	（所要時間　約10分）	
▼			
	終了		

4．結果報告

結果報告は書面にて３週間後に郵送いたします。結果説明をご希望の方には当センターにて実施させて頂きます。お電話にてご予約の上でお越しください。

＜注意事項＞

1) 加療中の方は、予めかかりつけ医にご相談下さい。

2) 心臓に関する自覚症状のある方は、心臓ドックではなく循環器外来に受診されることをお勧めします。

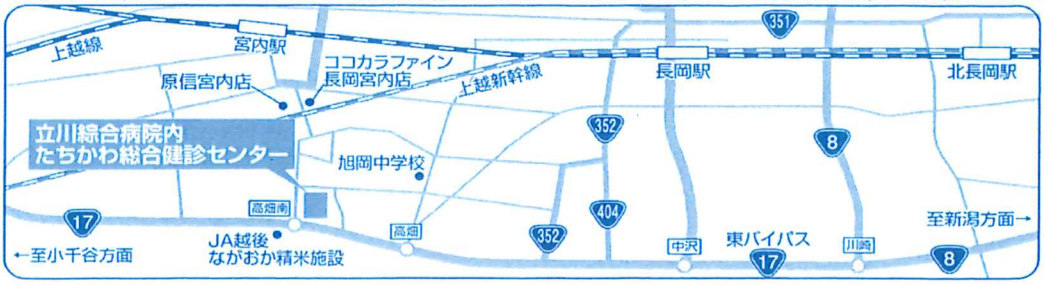
3) 以下に該当する方は、MRI・CT共に誤作動や故障等の危険性が否定できないあるいは十分な安全性が確認できていない等の理由から、心臓ドック受診をご遠慮頂いております。

- 心臓ペースメーカー・ICD・CRTD等を挿入している
- 心臓人工弁に置換している
- インスリンポンプ・持続グルコース測定器を装着している
- 神経刺激装置を植え込んでいる
- 美容整形外科手術で金糸を埋め込んでいる
- 妊娠中またはその可能性がある

4) MRI検査(心臓ドック)実施確認書にて、MRI実施は不可でもCTは実施可の場合、CTに変更して検査致します。

5) トレッドミル運動負荷試験では、回転するベルトの上をてすりにつかまって歩行して頂きます。段階的に速度と傾斜角度を増していきます。足腰に不安のある方は、ご相談下さい。

6) MRIでは血管拡張を促すニトロ舌下錠を使用し、専用心電図電極を貼り付けたまま、30分程仰向けでじっとして頂きます。呼吸や体動で画像が不鮮明になり、撮り直しが必要となった場合には検査時間が長くなることもあります。検査中は音楽が流れる専用ヘッドホンを付けて頂き、数回の息止めがありますので眠らないようにお願いいたします。



医療法人 立川メディカルセンター
たちかわ総合健診センター
長岡市旭岡１丁目24番地
TEL（0258）36－6221

ＭＲＩ検査(心臓ドック)実施確認書

たちかわ総合健診センター

ＭＲＩ検査は強い磁石を使用して狭い筒状の中で長時間仰向けの状態で行う検査ですので、様々な制約があります。安全に検査を進めるために下記の＜確認事項＞をお読み頂き、*質問事項*の該当事項に○印やレ点を付け、ご署名をお願いします。ご不明な点につきましては、遠慮なく看護師にお尋ね下さい。

＜確認事項＞

1．**質問事項①～⑥で"はい"の方は、安全に検査を実施することが出来ない可能性がありますので、心臓ドック受診をご遠慮頂いております。また⑦⑧⑨で"はい"の方や*1で主治医の実施許可確認書のない方は、MRIは実施不可となり、CTに替えての検査となります。*検査の予約変更が必要ですので早めに当センターにご連絡下さい。**

2．撮影可能な体内金属や磁性体歯科インプラントにて検査を行った場合でも、画像への影響や位置のずれ、磁力劣化などを完全には否定できない事を予めご了承下さい。

3．緑内障・重篤な低血圧・高度貧血の方は、ニトロ舌下錠使用不可にて画像への影響が否定できません。

4．バイアグラなどの勃起不全治療剤を使用されている場合は、前日から休薬して下さい。

5．コンタクトレンズや化粧品、アートメイク、刺青等の色素に金属成分が含まれていると発熱する事があります。コンタクトレンズは必ず外し、化粧は薄めにして下さい。アートメイク・刺青(タトゥー)のある方は前記を考慮した上で実施の有無をご判断下さい。

6．強い磁石を使用しますので以下のものを検査室内に絶対に持ち込まないで下さい。

★金属：義手・義足・眼鏡・カラーコンタクト・ヘアピン・安全ピン・イアリング・ピアス・ネックレス・入れ歯・硬貨・鍵・金属の付いた下着やかつら・使い捨てカイロ・その他磁石に付くもの 等

★磁気カード：キャッシュカード・クレジットカード・電子マネーカード・テレフォンカード等

★電子機器：時計・計算機・携帯電話・補聴器 等

★磁気製品：ピップエレキバンのような磁気治療器具 等

7．**撮影可能な金属等において不具合が生じた場合やご本人の都合により検査が完了出来なかった場合、ご本人の不注意による磁気カード･電子機器等の破損や故障に対する返金や保証などの責任は負いかねます。予めご了承下さい。**

＊質問事項＊

①	心臓ペースメーカー・ＩＣＤ・ＣＲＴＤ等を挿入している	はい	いいえ
②	心臓人工弁に置換している	はい	いいえ
③	インスリンポンプ・持続グルコース測定器を装着している	はい	いいえ
④	神経刺激装置を植え込んでいる	はい	いいえ
⑤	美容整形外科手術で金糸を埋め込んでいる	はい	いいえ
⑥	（女性のみ）妊娠中または可能性がある	はい	いいえ

※①～⑥のいずれかで「はい」と答えた方は検査を行うことが出来ません。この用紙を受付にお戻し下さい。
全て「いいえ」の方のみ、次の質問にお進み下さい。

⑦	ステントを留置している　（部位　　）	はい	いいえ
⑧	閉所恐怖症で狭い所に長時間(30分位)居られない	はい	いいえ
⑨	長時間(30分位)仰向けで寝て居られない	はい	いいえ
⑩	今までに手術や処置等をしたことがある	はい	いいえ
	「はい」の方は、手術名や処置内容と体内留置の有無についてお答え下さい。 手術名･処置内容（　　）		
	□ 脳動脈ｸﾘｯﾌﾟ・ｺｲﾙ　□ 動脈止血ｸﾘｯﾌﾟ　□ 人工内耳 □ 脳室シャント　□ Ｖ－Ｐシャント　□ 人工関節 □ 手術ｸﾘｯﾌﾟ・ｸﾗﾝﾌﾟ　□ 避妊ﾘﾝｸﾞ □ その他（　　）	有	無
⑪	□ 歯列矯正器具　□ 歯科ｲﾝﾌﾟﾗﾝﾄ（磁石利用⇒□有　□無）	有	無
⑫	その他体内金属(金属片等)【　　】	有	無
⑬	□ アートメイク　□ 刺青（タトゥー）	有	無
⑭	□ 義手　□ 義足	有	無
⑮	□ 入れ歯　□ 補聴器　□ コンタクトレンズ	有	無
⑯	□緑内障　□重篤な低血圧　□高度貧血　□ﾊﾞｲｱｸﾞﾗ等内服	有	無
⑰	今までにＭＲＩ検査を行ったことがある	はい	いいえ
⑱	現在の身長・体重は？　（身長 約　　cm）　（体重 約　　Kg）		

*1 ⑩⑪⑫のいずれかが「有」で、外せない体内金属である場合は、主治医からＭＲＩ検査の実施許可を得て頂いた上での施行となります。(別紙　MRI検査実施許可 確認書)

*2 ***⑦⑧⑨のいずれかで「はい」と答えた方と*1で主治医の実施許可が得られなかった場合はMRI実施不可ですので、CTに替えての検査となります。検査予約の変更が必要ですので早めに当センターにご連絡下さい。***

上記の通り間違いありません　　ご署名＿＿＿＿＿＿＿＿

＜再確認＞**外せる金属等は必ず外し、磁気類･電子機器等も検査室に持ち込まない状態での実施**となります。

※MRI検査(心臓ドック)実施確認書の⑨⑩⑪ですべて「無」の方はこの用紙は不要です。

重　要　書　類

たちかわ総合健診センター

当センターではMRI検査施行におきまして、外すことができない体内金属がある方につきましては、主治医のMRI検査実施許可がある場合に限り、検査を実施いたします。現在、かかりつけ医がなく確認がとれない場合は、誠に申し訳ありませんが検査を実施することはできません。予めご了承ください。

したがいまして、外すことができない体内金属がある方は、主治医に下記事項を記入して頂いた上で、検査当日必ずご持参願います。

「MRI検査実施許可 確認書」

MRI検査実施日　　年　　月　　日（　　）

受診者氏名　　様

生年月日

※外せない体内金属がある方の主治医の先生のみ、下記確認事項をご記入の上、ご署名をお願いします。

【主治医ご記入欄】

体内金属の種類　：　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

MRI検査の実施　：　□ 許可できる　　□ 許可できない

注意事項［　　］

年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿