

ID: _____

MRI検査問診票

名前	生年月日	性別	記入日
様	年 月 日	男・女	年 月 日
外出する場合、携帯電話の番号をご記入下さい。		身長	体重
携帯		cm	kg

●患者様のMRI検査を安全に行なうため、下記の項目につき、なるべく正確にご記入下さい

これまでにMRI検査を受けたことがありますか？ はい・いいえこれまでに手術をされたことがありますか？ はい・いいえ手術をされたことがある場合は、下記に記入をお願いします
手術名または病名()体内に何か金属や磁性体はありますか？ あり・なし
金属ありの場合は、可能であれば下記の項目より該当する番号に○をつけて下さい

- | | | |
|----------------------|------------------|--------------------|
| 1. 人工内耳・中耳 | 2. 磁石式義眼・インプラント | 3. 深部脳刺激装置(DBS) |
| 4. 迷走神経刺激装置(VNS) | 5. 心臓ペースメーカー | 6. 埋め込み式除細動器(ICD) |
| 7. 脊髄刺激装置(SCS) | 8. 埋め込み式インスリンポンプ | 9. 磁石式人工肛門 |
| 10. 脳動脈瘤クリップ | 11. VPシャントバルブ | 12. 血管内コイル(頭、胸など) |
| 13. 磁石式義歯・インプラント | 14. 人工心臓弁 | 15. スtent(血管、胆管など) |
| 16. 大動脈ステントグラフト | 17. 下大静脈フィルター | 18. 内視鏡治療によるクリップ |
| 19. 針治療の置き針 | 20. 金属異物 | 21. 整形外科の四肢・関節金属 |
| 22. エキスパンダー(乳房組織拡張器) | 23. 子宮避妊具 | 24. 着脱可能な義歯・補聴器 |
| 25. その他() | | |

※該当するものがある場合は、埋め込んだ年、部位を記載して下さい

年 部位()

閉所恐怖症、または、狭いところが苦手ですか？ はい・いいえ顔や体に刺青(アートメイクを含む)・ネイル(手・足)をしていますか？ はい・いいえ
※軽いやけどや変色を生じる可能性があり、十分な注意が必要です 部位()何か体に貼り薬をつけていますか？ はい・いいえ
(湿布、ホッカイロ、エレキバン、ニトロダーム、ニコチネルパッドなど)カラーコンタクトレンズを装着していますか？ はい・いいえ一時染毛料(増毛パウダー、白髪ファンデーション、ヘアマスカラ、カラスプレーなど)を本日つけていますか？ はい・いいえ1ヶ月以内に内視鏡検査(胃カメラ、大腸カメラ)を受けていますか？ はい・いいえ女性の方:現在妊娠中、またはその可能性はありますか？ はい・いいえ

MRI検査同意書

- ・私はMRI検査の必要性・安全性・注意事項を理解し、検査を受けることを同意します。
 - ・私は遠隔読影依頼(専門医による診断)について承諾します。
- (日付とご署名をお願いいたします。MRI検査を受ける方が未成年及び付き添いが必要な場合は、ご家族や代理の方にもご署名をお願いいたします。)

年 月 日 ご署名(本人)

ご家族、代理の方のご署名 (続柄:)

※問診票の結果によっては、身体的安全性を考え検査を中止することがあります。

※検査当日はこの問診票をご記入して持参して下さい。

MRI 検査予約票

予約日時 月 日 曜日 時 分 来院

※予定の時間を過ぎますと、検査ができないことがありますのでご注意ください。

MRI検査を受けられる方へ

MRI 検査は基本的には人体に影響なく、安全に行える検査ですが、手術などで体内に金属や磁性体を留置・挿入されている方は当院では検査ができない場合があります。

◎MRI 検査できない体内金属

- | | | |
|-------------------|------------------|-----------------|
| ・人工内耳、中耳 | ・磁石式義眼、インプラント | ・深部脳刺激装置(DBS) |
| ・迷走神経刺激装置(VNS) | ・心臓ペースメーカー | ・埋め込み式除細動器(ICD) |
| ・脊髄神経刺激装置 | ・体内埋め込み型インスリンポンプ | ・磁石式人工肛門 |
| ・エキスパンダー(乳房組織拡張器) | | |

◎MRI 検査できない可能性のある体内金属

- | | | |
|---------------|-------------|---------------|
| ・脳動脈瘤クリップ | ・VP シェントバルブ | ・血管内コイル |
| ・磁石式義歯 | ・ステント | ・古い年式の人工弁 |
| ・内視鏡治療によるクリップ | ・下大静脈フィルター | ・整形外科の四肢・関節金属 |
| ・針治療の置き針 | ・金属片 | ・子宮内避妊具 |

MRI 検査室へ以下のものは持ち込めません

- | | | |
|---|--------------|------|
| ・金属類(時計、携帯電話、鍵等) | ・入れ歯 | ・補聴器 |
| ・磁気カード(カード類全般) | ・カラーコンタクトレンズ | |
| ・貼り薬(湿布、ホッカイロ、エレキバン、ニトロダーム、ニコチネルパッドなど) | | |
| ・化粧品(特にマスカラ・アイシャドウ等)、刺青、ネイル(手・足)、アートメイク | | |
- ⇒金属成分が含まれていることがあり、火傷をする恐れがあります。また、画像に歪みが生じる事がありますので、当日のお化粧はお控えいただくようご協力をお願いいたします。
- ・一時染毛料(増毛パウダー、白髪ファンデーション、ヘアマスカラ、カラースプレー)

【その他の注意事項】

- ・MRI 検査は動きにとっても弱い検査になりますので、検査中はできるだけ身体を動かさないようにご協力ください。また、検査部位によっては呼吸の合図により息を止めていただくことがありますので担当者の指示に従ってください。
- ・検査部位によって、食事制限、または飲水を行っていただく場合があります。
- ・筒状の機械の中に入りますので閉所恐怖症の方は検査ができない場合があります。該当される方は事前にお申し出ください。
- ・安全に検査を受けていただくために検査着への着替えをお願いしております。
- ・女性の方で妊娠中またはその可能性がある方は、検査ができない場合があります。妊娠初期(器官形成期、妊娠 13 週まで)は、検査を避けるべきとされています。該当される方は主治医へご相談ください。