

ID: _____

MRI検査問診票

名前	生年月日	性別	記入日
	____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ください。		身長	体重
携帯 _____		_____ cm	_____ kg
● 患者様のMRI検査を安全に行うため、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検査を受けた事がありますか？			はい・いいえ
これまでに手術を受けた事がありますか？			はい・いいえ
手術をされた事がある場合は、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. 鍼治療による置き鍼	20. 金属異物	21. 整形外科の四肢・関節金属	
22. カラーコンタクトレンズ	23. エキスパンダー(乳房組織拡張器)	24. 子宮内避妊具	
25. その他(_____)	・カラーリングヘアスプレー、整髪料、染毛剤等		
※ 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)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ます、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、エレキバン、ニトロダームテープ、ニコチネルパッド、ホッカイロなど)			
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、検査を受ける事を同意します。
- ・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。

(日付けとご署名をお願い致します。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致します。)

____年 ____月 ____日 ご署名(本人) _____
ご家族、代理の方御署名 _____ (練柄)

※ 問診票の結果によっては、身体の安全性を考え検査を中止する事があります。

※ 検査当日はこの問診票を記入しご持参ください。

MRI検査予約票

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、検査ができない事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がなく安全に行える検査ですが、体内金属・磁性体を手術などで体内に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検査ができない体内金属

- | | | |
|--------------------|------------------|------------------|
| ・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検査ができない可能性のある体内金属

- | | | |
|---------------|-------------|---------------|
| ・脳動脈瘤クリップ | ・VPシャントバルブ | ・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 |
| ・鍼治療の置き鍼 | ・金属片などの体内金属 | ・子宮内避妊具 |

MRI検査室へ以下の物が持ち込めませんのでご注意ください。

- ・金属類 (時計、携帯電話、鍵など) ・入れ歯 ・補聴器 ・カラーコンタクトレンズ
 - ・磁気カード (キャッシュカード、クレジットカード、テレホンカードなど)
 - ・貼り薬 (湿布、エレキバン、ニトロダーム、ニコチネルパッド、ホッカイロなど)
 - ・化粧品 (特にマスカラ・アイシャドウ) ・カラーリングヘアスプレー、整髪料、染毛剤等
- ⇒ 金属を含んでいるものがあり、やけどの原因や画像に歪みが生じる場合があるため、当日のお化粧品は控えるようにご協力ください。

その他の注意事項

- ・MRI検査は動きに弱い検査になります。検査中は、お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頂くこともあります。その都度、担当者の指示に従うようご協力ください。
- ・検査部位によって、食事制限、飲水などを行っていただく場合があります。
- ・細い筒状の機械の中に入って検査を受けていただくので、閉所恐怖症の方などは検査ができない場合があります。このような方はあらかじめお申し出下さい。
- ・安全のため検査着に更衣していただきます。ご協力をお願い致します。
- ・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。当てはまる場合は、主治医とご相談ください。

★ 安全に検査を行うために検査当日までに、『MRI問診票』に記入し、ご持参をお願いいたします。