ＭＲＩ検査問診票

患者番号				記　載　日	
患者氏名				診　療　科	
生年月日		性別	男　・　女	記 載 者 名	

体内の機器や金属についてお尋ねします、該当する欄にチェックまたは〇印を記入して下さい

はい　いいえ

☐　☐　心臓ペースメーカーを植え込んでいる

→　ＭＲＩ対応型　☐はい（条件付ＭＲＩチェックリストも記入）　☐いいえ

☐　☐　除細動器・人工内耳・神経刺激装置を埋め込んでいる

電磁波の影響で、体内の電子機器が不具合をおこすことがあります

☐　☐　水頭症による圧可変式バルブシャントを挿入している

検査後の圧調整が必要なため、当院ではこの検査を行なう事が出来ません

☐　☐　血管へのステント挿入手術を８週間以内に受けたことがある

☐　☐　10 年以上前に、骨折などにより骨を金属で固定をする手術や金属の義眼底の手術をした

☐　☐　頭に、材質が不明の脳動脈瘤クリップが入っている

（クリップがチタン製ならば検査可能ですので、詳細をお知らせ下さい）

☐　☐　妊娠初期の可能性がありますか（胎児の器官形成期、おおむね 16 週以内）

この検査について、妊娠初期の安全性は確立されていません

「はい」にチェックのある方は、安全を考慮し検査を控えさせていただきます

全て「いいえ」にチェックのある方は、検査の実施に際し下記について、ご留意いただきます

金属製避妊具や遺残鉄片など、金属が体内に入っている方・磁力により不慮の障害が起こる事があります

閉所恐怖症の方・充分な対応を致しますが、やむなく検査が中止になることがあります

磁石入りの義歯を使用している方・検査後に磁力が低下する場合があります

入れ墨、アートメイク、アイメイクをしている方・磁力や電磁波により発熱や変形をする事があります

上記についてご理解いただき、検査の実施にご同意いただけますか　はい　　いいえ

問診票の記載に間違いがなく、MRI 検査をお受けになる場合は、下記にご署名をお願い致します。

記入日　　年　　月　　日　ご署名　　代理人

以下の物を使用している場合には、発熱することがありますので検査時に検査技師にお伝え下さい。

・貼り薬（テープ）：心臓用（ニトロダーム）、禁煙用（ニコチネル）

・導尿留置用カテーテルの装着（磁石式キャップ）・コンタクトレンズ

☐　実施可能　　☐　実施不可　　確認者