

MRI検査問診票・確認書

ID : @PATIENTID

氏名 : @PATIENTNAME 様

MRI検査の必要性につき十分説明を受けたうえで、検査を安全に受けていただくために以下の文書をよく読んで
問いにお答えください。（わからない部分はスタッフにお尋ねください。）

警告：MRI装置内は強力な磁場が常に存在します。案内があるまで、MRI検査室に決して入らないでください。
体内に埋め込まれた金属があると、検査に支障があり、MRI画像にも影響することがあります。
体内に金属がある場合には、下記に必ず記入のうえ、MRI検査室の技師、看護師、放射線科医に申し出てください。

- 1 過去にMRI検査を受けたことがありますか。 ☐ない ☐ある（ここで / 他院 で）
- 2 過去にMRI検査を受けたことのある方はその際に何らかの副作用あるいは支障がありましたか。
☐ない ☐ある [詳細]
- 3 外科的手術、内視鏡手術を受けたことがありますか。
☐ない ☐ある [詳細]
- 4 下記の人工物で該当するものに☑してください。なければ該当なしに☑してください。

心臓ペースメーカーの有無 必ずご記入ください

☐心臓ペースメーカーあり ※有の場合は、検査できません ☐心臓ペースメーカーなし

これらの金属を含む人工物のある方はMRI検査ができない場合があります。

- ☐脳動脈クリップ* ☐動脈クリップ* ☐銃弾片、固着していない金属片 ☐心電図計、電極
☐神経刺激器 ☐シャントチューブ（磁力で調整するもの）
☐スワンガンツカテーテル ☐止血用クリップ ☐眼窩内金属性異物
☐磁性アタッチメントのある（歯科用）インプラント ☐DIBキャップ（自己導尿用カテーテル用キャップ）
☐インスリンポンプ ☐補聴器（埋め込み式、人工内耳） ☐青以外の色のある入れ墨
☐該当なし

金属の素材や挿入時期、撮影部位により身体や画像に支障が出ることがあります。違和感があればお知らせください。

- ☐冠動脈ステント ☐血管内フィルター ☐心臓人工弁
☐人工関節 ☐骨折接合用金属（ネジ、ピン等） ☐外れない人工器官（義肢、義眼、義歯）
☐ワイヤー（針金）縫合 ☐歯列矯正ワイヤー ☐血管内薬剤注入用ポート
☐避妊器具（子宮内リング等）
☐その他人工物（ ） 施行時期（ 年 月 週前）
☐該当なし

これらはMRI検査室内に持ち込まないように前もって外してください。

- ☐コンタクトレンズ ☐外せる義歯（入れ歯、差し歯） ☐補聴器 ☐貼り薬（鍼・エレキバン含む）
☐輸液ポンプ ☐酸素ボンベ ☐血糖自己測定器 ☐鉗子、安全ピン
☐かつら、ウィッグ ☐アイメイク ☐ネイル ☐増毛パウダー・スプレー

- 5 現在妊娠中あるいはその可能性がありますか。 ☐ある ☐いいえ ☐わからない
- 6 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか。 ☐はい ☐いいえ
- 7 仰向けに寝て30分程度じっとしていることが困難ですか。 ☐はい ☐いいえ
- 8 狭心症、てんかん、喘息などの発作の既往がありますか。 ☐ある ☐いいえ ☐わからない
- 9 体重を教えてください。 _____ kg

はいの方は処方等
主治医と相談を

※記入者 ☐本人 ☐代理人（続柄： ） ☐医師 ☐看護師 ☐（ ）

年 月 日 署名 _____

※主治医確認：上記を確認し、MRI検査を許可する。

年 月 日 署名 _____