

MRI 検査問診票

(カルテ用)

様	検査実施日					年	月	日	午前	午後	時	分
	紹介施設											
	科	病棟・外来	医師		予約者	技師						

患者様に、安全に検査を受けていただく為に、必ず以下の確認をして下さい。
 ※記入もれ、誤記があると検査を中止する場合があります。
 ※一項目ずつ確実に記入して下さい。

1. 身体に危険を及ぼす または 画像不良の原因となるもの。

◆ **心臓ペースメーカー**

[無 ・ 有 ⇒ 検査不可]

◆ **入れ歯**

[無 ・ 有 ⇒ 入れ歯の種類 (普通 ・ マグネット式)]

◆ **手術の経験**

[無 ・ 有 ⇒ 体内金属確認]

◆ **手術による体内金属 (クリップ、ステント、リザーバー、人工弁など)**

[無 ・ 有 ⇒ 金属のある部位と種類、MRI対応の製品か記入]

◎ 体内金属 (部位 :)
 (種類 :)
 (MRI : 対応 ・ 非対応 ⇒ 検査不可)

◆ **手術以外による体内金属 (外傷による金属片、金属避妊リングなど)**

[無 ・ 有 ⇒ 金属のある部位と種類、MRI対応の製品か記入]

◎ 体内金属 (部位 :)
 (種類 :)
 (MRI : 対応 ・ 非対応 ⇒ 検査不可)

◆ **金属製の装具 (義眼、義手、義足、かつら、シーネ)**

[無 ・ 有 ⇒ 装具の取り外し (可 ・ 不可 ⇒ 検査不可)]

◆ **金属研磨作業等、金属粉に接する職業の経験**

[無 ・ 有 ⇒ 皮下や眼窩内に金属粉 (無 ・ 有 ⇒ 検査不可)]

◆ **入れ墨・マスカラ等**

[無 ・ 有 ⇒ 火傷の可能性あり]

2. 次に該当する場合

被験者は検査ができない場合があります。

- ◆ [無 ・ 有] 閉所恐怖症
- ◆ [無 ・ 有] 長時間の静止ができない者
- ◆ [無 ・ 有] 妊娠中またはその可能性のある者
- ◆ [無 ・ 有] 不整脈等の刺激伝導系異常
- ◆ [無 ・ 有] 体温調節機能の異常

3. 次に該当する場合

造影剤を使用できない可能性があります。

- ◆ [無 ・ 有] 気管支喘息 (原則禁忌)
- ◆ [無 ・ 有] 腎機能障害
(クレアチニン値1.5ml/dl以上は原則禁忌)
- ◆ [無 ・ 有] 造影剤副作用歴
- ◆ [無 ・ 有] アレルギー歴
- ◆ [無 ・ 有] 授乳中

※必ず 上記の問診をおこないMRI検査の内容を理解し、実施に同意した事を確認しました。

先生のサイン 年 月 日

主治医署名 _____

検査医確認 _____