

MRI 検査を受けられる患者さまへ (FAX・持参用)

②

MRI 検査は強い磁石と電波を使って検査を行います。患者さまの状態・手術歴などによっては検査ができない場合がありますので、検査を安全に行うために下記項目に○でお答えください。

MRI検査 問診票・同意書

1. 次の項目に“はい”がある場合は、MRI検査は受けられません。

① 植え込み型装置・器具（心臓ペースメーカー、植え込み型除細動器、人工内耳、持続注入器、神経刺激装置など）を使用していますか？	はい・いいえ
“はい”の方は、上記使用装置・器具に○をつけてください。その他（ ）	
② 事故、戦争、仕事によって体内（頭から手足先まで）に金属片などが入っていますか？	はい・いいえ
“はい”の方は、どこに何が入っていますか？（ ）	

2. 次の項目に“はい”がある場合は、MRI検査ができない場合があります。

① 今までに、MRI 検査を受けたことはありますか？	はい・いいえ
“はい”と答えられた方で、気分が悪くなった方は症状を教えてください。（ ）	
② 狭い所は苦手ですか？（閉所恐怖症など）	はい・いいえ
③ 今までに手術を受けて、体内（頭から手足先まで）に金属類を埋め込んでいますか？	はい・いいえ
“はい”と答えられた方で、その金属類は、どのようなものですか？ 脳動脈瘤クリップ、人工心臓弁、_____ スtent、人工 _____ 関節、 バルブ付VPシャント、骨固定用金属、その他（ ） それは、いつ頃、どの病院で行いましたか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院	MRI検査 非対応・対応
※ 上記金属類を埋め込んでいる場合、MRI 検査対応の確認が取れた場合のみ行います。	確認医師 _____
④ a) 磁石による着脱式の歯科インプラント治療をしていますか？	はい・いいえ
b) 歯科での歯列矯正治療中ですか？（着脱できないタイプは検査ができない場合があります）	はい・いいえ
⑤ インスリンポンプや持続グルコース測定のキットを使用していますか？（入室の際は取り外す）	はい・いいえ
⑥ 1か月以内に他の病院で、消化管止血クリップ措置を行いましたか？	はい・いいえ
“はい”と答えられた方で、その措置は、いつ、どの病院で行いましたか？ また、そのクリップの材質はMRI検査対応でしたか？ _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 病院	非対応・対応
⑦ 刺青（いれずみ）やアートメイク（眉・アイライン・アイシャドウなど）マニキュア、ネイルアート（ジェルネイル・マグネットネイル等）をしていますか？	はい・いいえ
“はい”と答えられた方は、原則として検査は受けられません。 着色部に、稀にやけど、腫脹、変色などの皮膚反応がみられる場合があるので、この皮膚反応が出現する可能性に同意し、了解頂いた場合のみ検査を行います。	拒否・同意
⑧ ウィッグや増毛粉等を使用していますか？（ウィッグは検査前に外すことをご承知ください。増毛粉を付けている場合は検査できない事があります。検査当日は使用しないで下さい）	はい・いいえ
⑨ 可動型 義眼を使用していますか？	はい・いいえ
“はい”と答えられた方で、その材質に金属が含まれていますか？	はい・いいえ
⑩ 女性の方で、避妊リングを使用していますか？	はい・いいえ
“はい”と答えられた方で、その材質に金属が含まれていますか？	はい・いいえ
⑪ 女性の方で、現在、妊娠していますか？ あるいは、その可能性がありますか？	はい・いいえ
“はい”と答えられた方は、胎児の安全を考慮して原則検査は受けられません。 ただし、15週目以上であれば受けられる可能性があります。 _____ 現在 _____ 週目	
※ 検査を安全に行うため、現在の体重を教えてください。	_____ kg

スタッフ用 特記事項記入欄	技師 確認印
---------------	-----------

* * * * *

私は、MRI検査について説明を受け、検査を受けることに同意いたします。

また、上記問診票の記載に相違ないので署名いたします。

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者さま本人の署名： _____

代筆者さまの署名： _____

患者さまとの続柄： _____

主治医師名： _____

ただし、同意はいつでも撤回することができます。

スタッフ記入欄	問診聴取者： _____ 社会医療法 検査部 井上病院 年 _____ 月 _____ 日 検査担当技師： _____
---------	---