

MRI検査問診票

MRI検査を安全に受けていただくため、下記の質問で当てはまる項目に○印でお答えください

- ①刺青・アートメイクをしていますか
(MRIの検査で火傷および変色する事があります)
- はい ・ いいえ
- ②閉所恐怖症はありますか
- はい ・ いいえ
- ③20～30分程度仰向けで寝ることはつらいですか
- はい ・ いいえ

下記のものが体内にある場合は検査ができません

ある	項 目
	心臓ペースメーカー 埋め込み型除細動器 (ICD)
	人工内耳 人工中耳
	体内神経刺激装置 深部脳刺激装置
	圧可変式バルブシャント (脳室シャント)
	磁力付着義眼
	スワンガンツカテーテル
	人工肛門パウチなどの磁性体クリップ
	妊娠中または妊娠の可能性がある (女性の方のみ)

下記のような金属が体内にある場合は検査を受けることができない場合があります

ある	項 目
	脳動脈瘤クリップ (手術した時期 年 月)
	心臓人工弁 (手術した時期 年 月)
	血管内コイル・ステント・フィルター (手術した時期 年 月)
	人工関節・骨固定金属 (手術した時期 年 月)
	内視鏡止血クリップ (手術した時期 年 月)
	外傷による金属片・銃弾・針治療の針
	持続的自己血糖測定装置 (フリースタイル リブレ など)
	磁力着脱式義歯 (支持体が磁石の場合)
	バルーンカテーテル用DIBキャップ
	子宮避妊具 (IUD・子宮脱リング)
	その他：手術、けが等による体内金属

医師確認欄

上記の患者に対して私が検査に関する説明 (必要性和リスク) を行い同意されたことを確認しました

令和 年 月 日 医師名：

令和 年 月 日 患者名：

技師名：