

紹介指示医へのお願い

MRI検査申し込み時のチェックをよろしくお願い致します

問診日 : 年 月 日

患者氏名 :

MRIチェックリスト

- 1 今までにMRI検査を受けたことがありますか？ あり なし
- 2 以下の体内金属はありますか？ 「あり」の場合**当院装置では禁忌**です。
- | | |
|------------|---|
| ・心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・人工内耳 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
- 3 以下の体内金属はありますか？ 「あり」の場合3テスラMRI対応か確認が必要です。
また部位、病院名、日付の記入もお願いします。
- | | |
|----------------------------|---|
| ・心臓人工弁 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・ステント（術後1ヶ月以内は検査を推奨していません） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・脳内動脈瘤クリップ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・手術クリップ、クランプ | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・人工骨頭、関節 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
- 上記ありの場合→（ 年 月 日 病院 年 月 ）
（部位 ）
- 4 以下の項目にあてはまるものはありますか？
- | | |
|---|---|
| ・不整脈（種類 ） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・妊娠（最終月経開始日 月 日） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・てんかん | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・歯列矯正用具・入歯・インプラント | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・義眼及び眼窩内金属片 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・補聴器 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・入墨（部位 ） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・アイシャドー・マスカラ・増毛パウダー（金属微粒子を含むものあり、使用を控えて下さい） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| ・その他の体内金属片（金歯・針治療針・弾丸等） | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
- 5 インフォームドコンセント（説明、同意） あり なし

問診医師氏名 _____

必ずお読み下さい

MRI検査を受ける患者さんへ

- 1 エレキバン・カイロ・ヘアピン・アクセサリ（イヤリング、ピアス、ネックレス、指輪等）腕時計・入れ歯などの金属類は前もってはずしておいて下さい。
- 2 化粧品などのなかで付まつげ、アイシャドー、マスカラ、増毛パウダーなどは使用しないで来院下さい。また、金属の付いてない下着を着ておこし下さい。
- 3 貼り薬（シップ、心臓用貼り薬ニトロダーム等）は外していただきます。
- 4 コンタクトレンズは検査前にはずしていただきます。できれば眼鏡でおこし下さい。
- 5 磁気カード（診察券、駐車券、キャッシュカード等）携帯電話は、検査室へ持ち込まないで下さい。
- 6 ペースメーカー装着者、磁性体脳動脈瘤クリップ使用者、磁性体心臓人工弁置換者、妊娠初期の方、入墨を入れている方、眼球内金属異物の混入した方は検査できませんのでご注意ください。
- 7 体外金属、義足、義手、金属シーネ等の固定装具については検査前に取り外すことが必要です。
- 8 所持品はすべてロッカーに入れ、検査室には何も持ち込まないで下さい。
- 9 検査時間は30分程かかり、検査中は動かないようにしていただきます。また検査中は非常に大きな音がします。

救急患者撮影等によって、予約時間どおりに検査ができない場合がありますので予めご了承下さい。