

MRI問診票及び同意書

ID

氏名

検査日 年 月 日

生年月日

下記の質問に該当する方はMRI検査が原則受けられません

1, 植込み式(心臓ペースメーカ・除細動器)を使用していますか? はい・いいえ
(MRI対応のものですか? ※MRI対応でも循環器診察が必要です。) はい・いいえ

2, その他植え込み型医療機器を使用していますか? (人工内耳・神経刺激装置・水頭症シャントバルブ) はい・いいえ

3, 義眼やその他、目や脳、血管、内臓、肺、縦隔内に金属および異物がありますか? はい・いいえ

下記の質問に該当する方はMRI検査が受けられない可能性がありますので必ず申し出て下さい。

4, ・脳動脈瘤クリッピングその他、脳の手術の手術を受けたことがありますか? はい・いいえ

5, ・植込み式心電用データレコーダーを使用していますか? はい・いいえ

6, ・頭部や顔、耳や目の手術を受けたことがありますか? はい・いいえ

7, ・心臓の手術(弁置換術及びステント等)をしたことがありますか? はい・いいえ

8, ・身体の中に手術等により金属類がはいっていますか? [部位:
(人工関節・ワイヤー・髄内釘・消化管クリップ・コイル・ステント・フィルター・その他)] はい・いいえ

9, ・湿布や貼付剤を貼っていますか? (ニコチネル・ニトロダーム・フェントステープ・その他) はい・いいえ

10, ・女性の方へ現在妊娠していますか? はい・いいえ

11, ・カラーコンタクトをつけていますか? はい・いいえ

12, ・マスカラ・アイシャドウなどをしてしていますか? はい・いいえ

13, ・持続グルコース測定器(リブレセンサー)・インスリンポンプを装着していますか? はい・いいえ

14, ・補聴器・入れ歯・磁石を使用した義歯やインプラントはありますか? はい・いいえ

15, ・入れ墨(タトゥー)・アートメイク・ネイル等がありますか? はい・いいえ

※MRI検査での入れ墨への影響(火傷、発赤、変色等)の説明は受けましたか? はい・いいえ

その他の質問

16, ・今までにMRIの検査を受けたことがありますか? はい・いいえ

17, ・閉所恐怖症(狭いところに長時間じっとしてられない)ですか? はい・いいえ

※ 造影検査の場合はご記入下さい。

18, ・喘息(ぜんそく)と言われたことがありますか? はい・いいえ

19, ・発疹・じんま疹・花粉症などアレルギーを起こしやすい体質ですか? はい・いいえ

20, ・薬物でアレルギーを起こしたり、薬物過敏症と言われたことがありますか? はい・いいえ

21, ・腎機能障害を指摘された事がありますか? はい・いいえ

上記の内容を理解した上で検査に(同意します ・ 同意しません)

日付 年 月 日

記入者(本人) 代理人

備考・ペースメーカーは電波の影響により誤動作や停止する場合があるためMRI検査は出来ません。

・MRI対応ペースメーカーでも検査前に調整が必要なため、循環器の診察が必要になります。

・他の植え込み型医療機器(※注)も磁場及び電波の影響を受けるためMRI検査は出来ません

・ステントは安定するまで6~8週間が必要な場合があるため添付文書による確認が必要です。

・人工心臓弁・弁輪形成性術リングはMRI検査可能ですが、Star-Edward600番以前の製品はMRI検査出来ません。

・入れ墨・アートメイクは発熱・火傷・変色などの可能性があるため原則MRI検査は出来ません。

・人工関節などのインプラントは基本的に検査は可能ですが、まれに発熱などの可能性があります。

・妊婦に対しての安全性は確立されていません。

・植込み型心電用データレコーダー検査可能ですが、植込み後6週間及び胸部以外への植込みはMRI検査禁忌です。

注) 植え込み型医療機器とは: 植え込み式除細動器・人工内耳・神経刺激装置・脊髄刺激装置・可変式シャントバルブ等

確認者: 医師・看護師 ()