

MRI 検査問診票(紹介患者様用)

名前: _____ 生年月日: _____ 体重: _____
検査日時 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時 _____ 分

検査できない方 (下に該当する方は当院ではMRI検査を受けることができません)

- 1. 心臓ペースメーカー、ICD(埋め込み型除細動器)を使用している はい いいえ
- 2. 神経刺激装置・脊髄刺激装置を使用している はい いいえ
- 3. 人工内耳を使用している はい いいえ
- 4. 冠動脈、血管内にステント・フィルターを挿入後2ヶ月未満である はい いいえ
- 5. VPシャント、脳室シャント(可変式)がある はい いいえ
- 6. 妊娠中(12週未満)、または妊娠の可能性がありますか? はい いいえ

場合によっては検査できない方

- 7. 心臓人工弁、人工器官がある はい いいえ
- 8. 動脈、静脈、胆道、尿管内等の金属類(フィルター、ステント、コイルなど)がある はい いいえ
- 9. 動脈瘤クリップ、コイルがある はい いいえ
- 10. 人工骨頭、人工関節、骨接合の金属(ヒソ、ネジ、クリップ、ワイヤー等)がある はい いいえ
- 11. 磁石式インプラント、歯列矯正ワイヤーがある はい いいえ
- 12. 避妊器具、避妊リングがある はい いいえ
- 13. 入れ墨、タトゥ、永久アイライン、アートメイクがある(植物性であっても) はい いいえ
- 14. 3ヶ月以内に内視鏡でクリッピングをした はい いいえ
- 15. 兵役があり銃創か弾片がある はい いいえ
- 16. その他の金属 (_____) はい いいえ
- 17. 手術歴 _____ 手術内容 _____ 年 _____ 月

○上記項目で「はい」の方は下記設問に必ずご回答ください。

それは3テラMRI検査を安全に行えるか確認できていますか? はい いいえ

「いいえ」の場合は検査を受けることができません。

その他

- 18. MRIを受けたことがありますか? はい いいえ
- 19. 閉所恐怖症がありますか? はい いいえ
- 20. 金属加工、建築工事に従事したことがありますか? はい いいえ
- 眼窩内金属片確認できていますか? はい いいえ

※ 3テラMRIに対応していないインプラント(金属、機器等)、安全の確認が取れない体内金属がある場合は検査を行うことができません。処置を行った医療機関に検査可能か確認して下さい。その他、ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。

阿南医療センター 地域連携 電話 0884-28-6031

MRI 検査同意書

私は、MRI検査とその危険性について担当医師から説明を受け納得しましたので、検査を受けることに同意します。(同意した場合でも撤回することができます)

本人または代理人(続柄 _____) 署名 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施設名 _____

紹介医 _____ 説明日 _____ 年 _____ 月 _____ 日