

# MRI検査 問診票

ID フリガナ 名前 生年月日	様 ( 歳)	問診日 年 月 日	検査予定日 年 月 日	看護師サイン
--------------------------	-----------	--------------	----------------	--------

MRI検査は電磁波と強力な磁石を用いております。そのため、以下の様な金属を用いた製品は、吸着・故障・熱傷など患者様に影響を及ぼす可能性があります。

安全に検査を行うため、以下の質問について当てはまる欄に☑、またはご記入をお願いします。

## 1. 体内金属についてご回答をお願いします

A) 当院では検査が出来ない製品	
<input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 植込み型除細動器
<input type="checkbox"/> その他体内電子機器(神経刺激装置等)	<input type="checkbox"/> 眼などに金属片がある
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】	

【各医療機関の方へ】

A)に該当する製品
当院ではMRI対応製品でも検査できません

B) 高リスクの製品	
<input type="checkbox"/> 人工内耳	<input type="checkbox"/> 磁石を用いた製品(入れ歯等)
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】	

B)に該当する製品
製品により検査対応可能な場合がありますので、当院へ詳細をお伝え下さい

C) MRI対応の確認が必要な製品	
<input type="checkbox"/> 脳室内シャント	<input type="checkbox"/> 人工関節
<input type="checkbox"/> 義眼	<input type="checkbox"/> プレート
<input type="checkbox"/> アートメイク(アイライン等)	<input type="checkbox"/> ボルト(ねじ)
<input type="checkbox"/> 脳動脈瘤クリップ/コイル	<input type="checkbox"/> 内視鏡クリップ
<input type="checkbox"/> 心臓人工弁	[内視鏡検査日: 年 月 日]
<input type="checkbox"/> CVポート	※製品によっては、排出確認のため、レントゲン撮影が必要になることもあります。
<input type="checkbox"/> ステント	<input type="checkbox"/> 刺青
[ステント挿入部位の確認] 頸部、心臓、大動脈、下肢、尿管、その他〔 〕	<input type="checkbox"/> その他の体内金属 〔 〕
【 <input type="checkbox"/> 上記に該当なし 】	

C)に該当する製品
製品の添付文書などで、MRI対応情報の確認をお願いします
※添付文書でMRI禁忌の製品は検査できません
MRI対応の確認結果は、別紙『放射線科 検査情報・指示書』のMRIの欄へ記載をお願いします

## 2. 体外の金属や貼り付け薬についてご回答をお願いします

A) 体外の装飾品 ⇒ 検査前に外す必要があります					
<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 眼鏡	<input type="checkbox"/> 入れ歯	<input type="checkbox"/> ウィッグ	<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> イヤリング
<input type="checkbox"/> ネックレス	<input type="checkbox"/> 指輪	<input type="checkbox"/> 時計	<input type="checkbox"/> 財布	<input type="checkbox"/> 鍵	<input type="checkbox"/> 義肢
<input type="checkbox"/> 金具のある下着/衣服	<input type="checkbox"/> 金属を含む化粧品(アイシャドー/マスカラ等)			<input type="checkbox"/> ヒートテック	
<input type="checkbox"/> カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> カード(クレジットカード等)			<input type="checkbox"/> 電子機器(携帯電話等)	
<input type="checkbox"/> 湿布/エレキバン	<input type="checkbox"/> カイロ				

B) 貼付剤/貼付製品 ⇒ 検査前にはがして良いか医師へ相談をお願いします	
<input type="checkbox"/> 経皮吸収貼付剤(ニトロダーム/ニコチネル/ノルspanテープ/ニュープロパッチ等)	<input type="checkbox"/> 皮下血糖センサー

## 3. 閉所恐怖症はありますか？

☐ いいえ ☐ はい (医師に相談が必要となります)

## 4. 女性の方のみに伺います：現在妊娠中または妊娠の可能性はありますか？

☐ いいえ ☐ はい (医師に相談が必要となります)