　　　　　　　　　　　　　 MRI検査問診票

患者氏名 記入日

生年月日　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　検査日

MRI検査は強力な磁石の力を用いて行う検査です。

体の中に人工的な物や金属を入れておられる方が検査を受けると、磁石の力で

①体内装置が正常に作動しなくなる ②金属が引っ張られて移動する ③火傷をする

などの恐れがあります。

安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答え頂き、署名してください。

１.体の中に金属を入れている　　　　　　　　　　　　　　　 （☐：はい　 ☐：いいえ）

**※**☐ a.**心臓ペースメーカー**を入れている。

**※**☐ b.**髄液シャント**を入れている。

**※**☐ c.**脊髄刺激装置**を入れている。

**※**☐ d.**人工内耳**を入れている。

　 ☐ e.**人工関節**、**骨を金属で止めている。** [部位：　 　　　　　 　]

　 ☐ f.**人工心臓弁**

　　 　☐ g.手術や止血処置のため**金属クリップ**を使用している。

　　 　☐ h.**脳動脈クリップ**

　　 　☐ i.血管や消化管に**ステント**という金属を入れている。

　　 　☐ j.**義眼**を入れている。

　　 　☐ k.**避妊用具**（リングなど）

２.**補聴器**を使用している。　　　　　　　　　　　　 　　　 （☐：はい　 ☐：いいえ）

３.**義歯**を使用している。 （☐：はい ☐：いいえ）

４.**経皮吸収貼付薬**を使用している。　　　　　　　　 　　　 （☐：はい　 ☐：いいえ）

（ニトロダームTTS、ノルスパンテープなど）　　[薬名：　　 　　　 　]

５.リブレなどの**血糖管理センサー**を装着している。　　　 （☐：はい　 ☐：いいえ）

６.**尿道留置カテーテル接続キャップ**（DIBキャップ）を使用している。（☐：はい ☐：いいえ）

７.**閉所恐怖症**など狭いところが苦手である。 （☐：はい ☐：いいえ）

８.**刺青**（永久的なアートメイクなど）を入れている。 （☐：はい ☐：いいえ）

９.**妊娠**中もしくは妊娠している可能性がある。 （☐：はい ☐：いいえ）

10.**カラーコンタクトレンズ**を使用している。 （☐：はい ☐：いいえ）

　 　　※体内金属の**a,b**に関しては調整が必要となりますので事前にお知らせください。

　　　なお、**c,d**に関しては当院では検査を行うことができません。

署名（本人または代理人）

内容確認日

紹介元医療機関　　　　　　　　　　　　　　紹介元医師