

ID _____

MRI検査問診票

MRI検査を安全に行なうために、以下の項目に正確にお答えください。
検査当日MRI室に持参してください。

予約日	20	年	月	日
	時間		時	分

体重: _____ Kg

手術を受けたことがありますか？（ はい ・ いいえ ） / どのような手術ですか？

(_____)

※『有』の場合は、MRI対応であるか確認しチェックしてください。

	項目	チェック欄	MRI対応	備考
検査不可	心臓ペースメーカー	有 ・ 無	不可	種類に関係なく、 検査不可
	圧可変式バルブ付きVPシャント	有 ・ 無		
	埋め込み型補聴器・人工内耳	有 ・ 無		
	埋め込み型除細動器・脳深部刺激療法(DBS)	有 ・ 無		
	内視鏡検査によるクリップ	有 ・ 無		
	妊娠3ヶ月以内	有 ・ 無		
	ステープラー	有 ・ 無		
要確認	★ 脳動脈瘤クリップ	有 ・ 無	可 ・ 不可	「有」の場合は、 下記に記載してください
	★ 冠動脈ステント	有 ・ 無	可 ・ 不可	
	★ 血管内のステント・コイル・フィルター	有 ・ 無	可 ・ 不可	
確認	人工関節・骨固定金属(プレート・ボルト)等	有 ・ 無	可 ・ 不可	
	人工心臓弁	有 ・ 無	可 ・ 不可	
	埋め込み型の薬剤ポンプ(CSII)等	有 ・ 無	可 ・ 不可	
	脳室シャント	有 ・ 無	可 ・ 不可	
	管腔臓器内のステント・コイル・フィルター等	有 ・ 無	可 ・ 不可	
	口腔インプラント・歯科矯正用ブレース等	有 ・ 無	可 ・ 不可	
	DIBキャップ(尿道カテーテル)	有 ・ 無	キャップをストッパーに交換	
	義眼・義歯・義足・入れ歯	有 ・ 無	取り外し可能なものは、 検査前に外してもらいます	
	補聴器	有 ・ 無		
	コンタクト(カラーを含む)	有 ・ 無		
	縫合用ワイヤー	有 ・ 無	説明・同意のうえ、検査可能	
	子宮内避妊具	有 ・ 無		
	金属(銃弾・金属片)による障害	有 ・ 無		
	入れ墨(アートメイクなどを含む)	有 ・ 無		
	閉所恐怖症	有 ・ 無		

記入者

★脳動脈瘤クリップの欄で「有」とお答えの方

(手術日 年 月 日 メーカー名: _____)

製品名: _____)

★冠動脈ステントの欄で「有」とお答えの方

(手術日 年 月 日 メーカー名: _____)

製品名: _____)

★血管内のステント・コイル・フィルターの欄で「有」とお答えの方

(手術日 年 月 日 メーカー名: _____)

製品名: _____)

患者様への説明確認

MRI検査・ステント・クリップ等のリスクについて十分な説明を受け、MRI検査を受けることに同意します。

日付 年 月 日

主治医署名

患者署名

本人困難な場合 代理人続柄(_____)

代理人署名