

# MRI検査の注意事項

## ・禁忌事項

下記に該当される方は検査を受けることができませんので、必ず主治医にお伝え下さい。  
(条件によっては、出来る場合もあります)

- ・体内電子装置装着者（ペースメーカー、埋め込み型除細動器、人口内耳・中耳など）
- ・体内人工物（ステント・コイル・フィルターなど）を挿入して6週間未満の方
- ・極度の閉所恐怖症の方
- ・妊娠（4ヶ月未満）または妊娠の可能性のある方

## ・注意事項

下記に挙げるものは、故障や火傷、画像への影響を及ぼすことがありますので、検査前に取り外しをお願いします。取り外しが出来ない場合は、検査できない場合があります。

- ・電子機器（補聴器、携帯電話、時計など）
- ・金属類（入れ歯、コルセット、アクセサリ類など）
- ・その他（湿布、エレキバン、カイロ、貼り薬、防寒下着など）

## ・その他の注意事項

検査部位に関わらず、金属を含む化粧品（アイシャドーやネイルなど）は落として来て下さい。  
火傷や画像への影響を及ぼすことがありますので、ご協力をお願いします。  
また、刺青等のアートメイクも変色や火傷の原因となることがありますので、同意を頂いての検査となることをご了承下さい。

上記の注意事項を基に問診の記入をお願いします。

# MR I 検査問診書

MRI検査は強力な磁石でできた筒の中に入り、磁気の力を利用して体の臓器や血管を撮影する検査です。その為、体内に金属物がある患者さんなど、検査できない場合がありますので、問診をさせていただきます。また、安全のため検査着に着替えて頂きますのでご了承下さい。検査時間は30分程度です。

検査日： 令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_

安全に検査を受けていただく為に、該当する項目にチェックして下さい。

1) ペースメーカーを装着してありますか？

はい  いいえ

※『はい』の場合 ペースメーカーは3T (テスラ) 対応ですか？

はい  いいえ

2) 人工内耳・中耳、埋め込み型除細動器などの体内電子装置を装着してありますか？

はい  いいえ

3) 体内に金属物や人工物がありますか？

はい  いいえ ※『はい』の場合下記の項目で当てはまるものがあればチェックして下さい。

- |  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ           | <input type="checkbox"/> 圧可変式シャントバブル | <input type="checkbox"/> 陰茎用埋込物や子宮内避妊具 |
| <input type="checkbox"/> 血管内ステント・コイル・フィルター | <input type="checkbox"/> 脳室シャント      | <input type="checkbox"/> 歯科矯正用ブレース     |
| <input type="checkbox"/> 人工心臓弁             | <input type="checkbox"/> 腎シャント       | <input type="checkbox"/> インプラント        |
| <input type="checkbox"/> 金属の縫合ワイヤー         | <input type="checkbox"/> 埋込型の薬剤ポンプ   | <input type="checkbox"/> その他           |
| <input type="checkbox"/> 人工関節・人工骨頭         | <input type="checkbox"/> 脳・神経・骨刺激装置  | ( )                                    |
| <input type="checkbox"/> 骨接合用ネジ・ピン         | <input type="checkbox"/> 義眼・義肢・義足    | ( )                                    |

★チェックした項目の施術時期 ( \_\_\_\_\_ 年頃)

4) 事故や戦争で体内や眼内に金属粉塵の残存がありますか？

はい  いいえ

5) 治療針を受けられたことがありますか？

はい  いいえ

6) 身体に刺青をされていますか？

はい  いいえ

7) 閉所恐怖症ですか？

はい  いいえ

8) 装着品・装備品があれば、チェックまたは○で囲んでください。(原則、検査前にはずして頂きます)

- |                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> 補聴器   | <input type="checkbox"/> 義歯 (入れ歯等のはずせるもの) | <input type="checkbox"/> アクセサリー (ネックレス・ピアス・指輪等) |
| <input type="checkbox"/> カツラ   | <input type="checkbox"/> 湿布、カイロ、エレキバン等    | <input type="checkbox"/> 貼り薬 (ニトロダーム、ニコチネル等)    |
| <input type="checkbox"/> ヘアピン  | <input type="checkbox"/> カラーコンタクト         | <input type="checkbox"/> その他                    |
| <input type="checkbox"/> コルセット | <input type="checkbox"/> 防寒下着 (ヒートテック等)   | ( )   |

9) 妊娠または妊娠の可能性がありますか？ (女性の方のみ)

はい  いいえ

11) 検査に必要ですので、体重をご記入ください。

12) その他 (お気づきのことがあれば、お書きください)

\_\_\_\_\_ kg  
( )

## MR I 検査の同意

私はMRI検査に関する概要と禁止事項の理解ができましたので、MRI検査を受けることに同意します (この同意は、検査施行までならいつでも撤回できます)

令和 年 月 日

ご本人又は、代理の方のご署名 \_\_\_\_\_ (続柄： \_\_\_\_\_)

貴院名 \_\_\_\_\_

— 貴院控え及びFAX用 —

福岡青洲会病院 患者支援センター (TEL) 092-939-0070(FAX) 092-939-0039

# MR I 検査問診書

MRI検査は強力な磁石でできた筒の中に入り、磁気  
の力を利用して体の臓器や血管を撮影する検査で  
す。その為、体内に金属物がある患者さんなど、検  
査できない場合がありますので、問診をさせていた  
だきます。また、安全のため検査着に着替えて頂き  
ますのでご了承下さい。検査時間は30分程度です。

検査日： 令和 年 月 日

氏名： \_\_\_\_\_ 性別： \_\_\_\_\_

安全に検査を受けていただく為に、該当する項目にチェックして下さい。

1) ペースメーカーを装着してありますか？

はい  いいえ

※『はい』の場合 ペースメーカーは3T（テスラ）対応ですか？

はい  いいえ

2) 人工内耳・中耳、埋め込み型除細動器などの体内電子装置を装着してありますか？

はい  いいえ

3) 体内に金属物や人工物がありますか？。

はい  いいえ ※『はい』の場合下記の項目で当てはまるものがあればチェックして下さい。

<input type="checkbox"/> 脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> 圧可変式シャントバブル	<input type="checkbox"/> 陰茎用埋込物や子宮内避妊具
<input type="checkbox"/> 血管内ステント・コイル・フィルター	<input type="checkbox"/> 脳室シャント	<input type="checkbox"/> 歯科矯正用ブレース
<input type="checkbox"/> 人工心臓弁	<input type="checkbox"/> 腎シャント	<input type="checkbox"/> インプラント
<input type="checkbox"/> 金属の縫合ワイヤー	<input type="checkbox"/> 埋込型の薬剤ポンプ	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> 人工関節・人工骨頭	<input type="checkbox"/> 脳・神経・骨刺激装置	( )
<input type="checkbox"/> 骨接合用ネジ・ピン	<input type="checkbox"/> 義眼・義肢・義足	( )

★チェックした項目の施術時期 ( \_\_\_\_\_ 年頃)

4) 事故や戦争で体内や眼内に金属粉塵の残存がありますか？

はい  いいえ

5) 治療針を受けられたことがありますか？

はい  いいえ

6) 身体に刺青をされていますか？

はい  いいえ

7) 閉所恐怖症ですか？

はい  いいえ

8) 装着品・装備品があれば、チェックまたは○で囲んでください。(原則、検査前にはずして頂きます)

<input type="checkbox"/> 補聴器	<input type="checkbox"/> 義歯 (入れ歯等のはずせるもの)	<input type="checkbox"/> アクセサリー (ネックレス・ピアス・指輪等)
<input type="checkbox"/> カツラ	<input type="checkbox"/> 湿布、カイロ、エレキバン等	<input type="checkbox"/> 貼り薬 (ニトロダーム、ニコチネル等)
<input type="checkbox"/> ヘアピン	<input type="checkbox"/> カラーコンタクト	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> コルセット	<input type="checkbox"/> 防寒下着 (ヒートテック等)	( )

9) 妊娠または妊娠の可能性がありますか？ (女性の方のみ)

はい  いいえ

11) 検査に必要ですので、体重をご記入ください。

12) その他 (お気づきのことがあれば、お書きください)

( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ kg

## MR I 検査の同意

私はMRI検査に関する概要と禁止事項の理解ができましたので、MRI検査を受けることに同意します  
(この同意は、検査施行までならいつでも撤回できます)

令和 年 月 日

ご本人又は、代理の方のご署名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

貴院名 \_\_\_\_\_

— 患者様控え用 —