

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

・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、金属を含む増毛パウダー、化粧（アイシャドーやネイルなど）は来院前に落として来てください。

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。

極度の閉所恐怖症の方は検査できない場合があります。

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

火傷などの危険があるため、当院の検査着に着替えて頂きます。
着替え等、準備ありますので検査予約時間の30分前にご来院ください。
また、緊急検査優先のため検査予約時間から多少前後する場合がありますがご了承ください。
検査時間は30分程度です。

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____ 性別： _____

安全に検査を受けて頂くために、以下の質問についてご記入下さい。

はい・いいえを○で囲んで下さい

1) 以下のような金属の埋め込みがありますか？・・・・・・ はい ・ いいえ

(はいの場合、該当するものを○で囲んで下さい)

心臓ペースメーカー ・ 埋め込み型心電図 ・ 神経刺激装置 ・ 埋め込み型人工聴覚器

2) 上記以外で体内に金属の埋め込みがありますか？・・・・・・ はい ・ いいえ

(はいの場合、どこ(部位)に いつ頃 どこの病院で 何を入れたのかご記入下さい。)

例： 脳動脈クリップ 圧可変式バブルシャント 血管ステント 大動脈ステントグラフト 静脈フィルター
心臓機械弁 人工関節 骨接合用ネジヤピン 陰茎埋込物 子宮内避妊具 消化管クリップ
インスリンポンプ 持続グルコース測定器 等

部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____
部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____
部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____
部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____
部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____

3) 以下の質問に『はい・できません』と答えた方は撮影技師の判断で検査を中止する場合がありますのでご了承ください。

- ・狭い場所に入って気分が悪くなったことがありますか？(閉所恐怖症)・・・・・・ はい ・ いいえ
- ・30分程度、仰向け・うつ伏せの体制が維持できますか？・・・・・・ できません ・ できます
- ・目の近くに金属片がありますか？(火傷や失明の恐れがあります)・・・・・・ はい ・ いいえ
- ・刺青(アートメイク含む)をしていますか？(火傷の恐れがあります)・・・・・・ はい ・ いいえ

4) 普段身に着けているものがあれば、○で囲んで下さい。(取り外しができる状態で来院をお願いします)

補聴器 ・ 入れ歯(外れる歯) ・ アクセサリー ・ コルセット ・ 義眼 ・ 義肢義足
カツラ(ウィッグ) ・ 増毛パウダー(スプレー含む) ・ カラーコンタクト(カラーのみ)
湿布 ・ カイロ ・ エレキバン ・ 治療針(針テープ)
貼り薬(ニトロダーム ニコチネル ノルスパンテープ ニュープロパッチ等) その他()

5) 妊娠または妊娠の可能性はありますか？・・・・・・ はい ・ いいえ

6) 現在の体重を教えてください。・・・・・・ (_____ 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

年 _____ 月 _____ 日

本人(自署) _____

家族代理の方(自署) _____ (続柄： _____)

— 貴院控え及びFAX用 —

MR I 検査問診書

火傷などの危険があるため、当院の検査着に着替えて頂きます。
着替え等、準備ありますので検査予約時間の30分前にご来院ください。
また、緊急検査優先のため検査予約時間から多少前後する場合がありますがご了承ください。
検査時間は30分程度です。

検査日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名： _____ 性別： _____

安全に検査を受けて頂くために、以下の質問についてご記入下さい。

はい・いいえを○で囲んで下さい

1) 以下のような金属の埋め込みがありますか？・・・・・・ はい ・ いいえ

(はいの場合、該当するものを○で囲んで下さい)

心臓ペースメーカー ・ 埋め込み型心電図 ・ 神経刺激装置 ・ 埋め込み型人工聴覚器

2) 上記以外で体内に金属の埋め込みがありますか？・・・・・・ はい ・ いいえ

(はいの場合、どこ(部位) に いつ頃 どの病院で 何を入れたのかご記入下さい。)

例： 脳動脈クリップ 圧可変式バブルシャント 血管ステント 大動脈ステントグラフト 静脈フィルター
心臓機械弁 人工関節 骨接合用ネジやピン 陰茎埋込物 子宮内避妊具 消化管クリップ
インスリンポンプ 持続グルコース測定器 等

部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____
部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____
部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____
部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____
部位 _____	病院： _____	いつ頃： _____	年 _____	何を： _____

3) 以下の質問に『はい・できません』と答えた方は撮影技師の判断で検査を中止する場合がありますのでご了承ください。

- ・狭い場所に入って気分が悪くなったことがありますか？(閉所恐怖症)・・・・・・ はい ・ いいえ
- ・30分程度、仰向け・うつ伏せの体制が維持できますか？・・・・・・ できません ・ できます
- ・目の近くに金属片がありますか？(火傷や失明の恐れがあります)・・・・・・ はい ・ いいえ
- ・刺青(アートメイク含む)をしていますか？(火傷の恐れがあります)・・・・・・ はい ・ いいえ

4) 普段身に着けているものがあれば、○で囲んで下さい。(取り外しができる状態で来院をお願いします)

補聴器 ・ 入れ歯(外れる歯) ・ アクセサリー ・ コルセット ・ 義眼 ・ 義肢義足
カツラ(ウィッグ) ・ 増毛パウダー(スプレー含む) ・ カラーコンタクト(カラーのみ)
湿布 ・ カイロ ・ エレキバン ・ 治療針(針テープ)
貼り薬(ニトロダーム ニコチネル ノルスパンテープ ニュープロパッチ等) その他()

5) 妊娠または妊娠の可能性はありますか？・・・・・・ はい ・ いいえ

6) 現在の体重を教えてください。・・・・・・ (_____ 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

年 _____ 月 _____ 日

本人(自署) _____

家族代理の方(自署) _____ (続柄： _____)

— 患者様控え用 —