

MRI検査問診票

氏 名： 生年月日： 年 月 日（ ）歳 性別： 男 ・ 女

＜依頼医師へ＞
安全に検査を行うために、患者様に以下の項目を確認し記入して下さい

★禁忌項目： 該当される方はMRI検査を受けることが出来ません

平成12年(2000年)以前に施術された脳動脈クリップがある	☐ ない
MRI非対応の医療機器が埋め込まれている	☐ ない
目や脳に金属片がある	☐ ない
乳房再建エキスパンダーを植え込んでいる	☐ ない

★事前の対応や確認が必要な項目： 該当する診療科に受診・相談することで検査が可能となります

MRI対応の心臓ペースメーカ・植込み型除細動器(ICMは除く)	☐ ある	☐ ない
MRI対応の人工内耳	☐ ある	☐ ない
脊髄刺激装置	☐ ある	☐ ない
水頭症シャント手術による可変式バルブ	☐ ある	☐ ない
上記以外の手術などによる体内金属 【 歯科インプラント、骨折治療のボルト、子宮内リングなど 】	☐ ある	☐ ない
着脱可能な医用器具、貼付薬 【 尿路カテーテル用DIB(ディブ)キャップ、持続血糖測定器(リブレセンサー)、シール型薬剤(ニトロダーム)など 】	☐ ある	☐ ない
入れ墨(タトゥー)、アートメイク	☐ ある	☐ ない
狭いところが苦手である(閉所恐怖症など)	☐ はい	☐ いいえ

★検査当日の注意項目：以下のものは金属(磁性体)を含むことがあり、除去もしくは当日の使用を避けて下さい
守っていただけない場合、検査および診察の予約日時の変更をお願いすることがあります

【化粧品】 当日はノーメイク(マスカラ等のアイメイクも含む)でお越し下さい	☐ 説明済
【増毛スプレーやヘアカラスプレー・ヘアファンデーション】 検査当日は毛髪に何も付けずお越し下さい	☐ 説明済
【ネイルアート(ジェルネイル、マグネットネイル)】 検査当日までに除去して下さい	☐ 説明済
【コンタクトレンズ】 検査当日はめがねもしくは保存容器をご持参下さい	☐ 説明済

※装飾や繊維に金属を含む衣類、アクセサリ(時計、ピアス、ネックレスなど)、かつら(ウィッグを含む)、カイロ、パワーアンクルなど、検査直前のお着替えのタイミングで外していただくようにご案内しますので、検査室には持ち込まないようお願いします

説明(確認)日： 西暦 20 年 月 日 説明(確認)医師：

＜患者様へ＞

検査の説明を受け、その上で検査を受ける場合は署名をお願いします

私は、MRI検査の必要性和注意事項について説明を受け、納得した上で検査を受けます

署名日 西暦 20 年 月 日
署名者 ☐ 本人 ☐ 代理人:続柄() (署名)

※検査に必要なため、併せてご記入お願いします【身長】()cm 【体重】()kg