

頭部・頸部・胸部・腹部・
脊椎・四肢関節
MRI検査問診票

か

お名前 _____

様

生年月日 _____

検査を安全に行うため、
問診票の項目に該当する箇所があれば、□内に✓印の記入をお願い致します。
なお、該当箇所が無い場合は、一番下の『該当無しの欄』に✓印を記入願います。

I. 次の項目に該当すれば、 **検査は禁止(当院では不可能)** です。

- 心臓ペースメーカーや埋め込み型除細動器を使用されている方 (MRI対応製品を含む)
- 体外式の生命維持装置に依存されている方 他院で植え込み型心電計を入れられた方
- 人工内耳の手術をされた方 血糖値モニタリングシステムを使用されている方
- イレウスチューブやスワングantzカテーテルを挿入されている方

II. 次の項目に該当すれば、 **検査に制限や不可能な場合** があります。

- ①動脈瘤クリップ(脳動脈瘤の手術)をされている方 (□1985年以前に手術された方は検査できません)
- ②体内に金属 (人工関節、歯列矯正、ポートなど) が入っている方
(入っている部位 _____)
- ③心臓人工弁(□1970年以前に手術された方)、人工血管を移植された方
- ④心臓や頸部などの血管にステント(血管拡張術)を入れている方
または、脳動脈瘤塞栓術用のコイルを入れている方、当院で植え込み型心電計を入れられた方
ステント・コイル埋込日: _____ 西暦 _____ 年 _____ 月頃

※ ステント・コイル埋込み後、8週間以内の検査は安全性を考慮してお断りしています。
但し、検査の必要性がある場合、主治医の責任の下で、実施する場合があります。

- ⑤補聴器をされている方 (外して検査を行いますが、呼吸停止を必要とする撮像は困難です。)
 - ⑥妊娠されている方または可能性のある方 (妊娠2ヵ月までは原則禁忌)
- ①~⑥該当の場合 主治医の判定: 可 不可 (判定者名: _____)

- 閉所恐怖症の方(狭い、暗い所で不安を感じられる方)
- うつ伏せに寝れない方または静止できない方、痛みの激しい方
- 不整脈あるいはテンカンがあるとされたことのある方
- 金属を研磨するような仕事に従事したことがある方
- 永久的な入墨、アイラインなどの化粧をされている方
- DIBキャップを使用されている方 (磁石式のバルーンカテーテル用キャップ)
- 磁石式の入れ歯(磁性アタッチメント義歯)をされている方
- コンタクトレンズをされている方 ※検査当日は、外して検査を行いますので携帯ケースをご持参下さい。
- ニトロダームTTS, ニコチンネルTTS, ノルスパンテープ, ニュープロパッチ, ノルスパンテープ, フェントステープ, フェンタニルテープ等の貼付剤を使用している方 (外して検査します)

該当項目無し 体重: _____ Kg (100Kg超の場合は検査ができないことがあります。)

西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

署名 _____ (本人・代理人)

主治医サイン _____

患者様又は代理人の署名が取れない場合は、主治医の全責任の下で実施します。