

## MRI 検査をお申し込みなさる先生方へ (MRI チェック項目)

MRI 検査におきましては、検査のできない方、また、注意を要する方がいます。  
下記の 3 項目をご確認の上、お申し込みいただく様、よろしくお願ひいたします。  
何かご質問がありましたら、ご連絡ください。

### I . MRI 検査ができない方

該当する      該当しない

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ①～④を装着している。                                     |                          |                          |
| ① 心臓ペースメーカー    ② 埋め込み型除細動器    ③ 人工内耳    ④ 後部尿道ステント | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 脳動脈瘤クリップ術 (MRI 対応でないもの)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. けがや事故で眼球内に金属異物が残っている                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 刺青がある (眉毛やアイラインなどへの美容目的のものを含む)                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 妊娠している  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### II . MRI 検査ができない事があるので、確認が必要な項目

該当する      該当しない

- |                                    |                          |                          |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 体重が 100kg 以上、または 100kg 近くで肩幅が広い | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. 脳室シャント術                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. 仰向けてじっと寝ていられない                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 閉所恐怖症                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### III. 上記以外の金属などが体内や体表にあり、安全性に疑義がある場合には下欄に記載して下さい。

( )

※ 当日は、以下のものを MRI 室に持ち込まないように、または取り外すようにお話して下さい。

患者氏名 : \_\_\_\_\_

貴院名 : \_\_\_\_\_

---

#### ※ 以下のものは MRI 室に持ち込むことができません。

1. ヘアピン・時計などの身につけているもの
2. 入れ歯・補聴器・義手・義足・義眼・カラーコンタクト
3. ボールペンなどの文房具
4. 携帯電話や磁気カードなど
5. 金属を成分を持つマスカラ・アイシャドウなどの化粧品
6. インシュリンポンプ (これは MRI 検査室へ入る直前に取り外してください)

# MR I 検査問診表

I、II、各項目をご確認の上、FAXにてお送り下さい。

I. MR I 検査時に造影剤を使用することがあるため、下記項目のご確認をお願い致します。

①喘息	無	・	有	
②アレルギーについて				
薬（飲み薬・注射薬）	無	・	有	（ ）
食べ物・その他	無	・	有	（ ）
③造影剤使用歴				
腎臓検査・胆囊検査・CT 検査 MRI 検査・血管造影検査 心臓カテーテル検査	無	・	有	
※副作用	無	・	有	（ ） 症状
④腎機能：Cr 値（ ）	採血日	年	月	日
＊概ね 3 ヶ月以内の値を記載して下さい				

II. 腹部、骨盤部 MRI 検査の場合、鎮痙剤を使用することがあるため、下記項目のご確認をお願い致します。

①緑内障	無	・	有	
②前立腺肥大症	無	・	有	
③イレウス	無	・	有	
④心疾患	無	・	有	

年           月           日

患者氏名：

貴院名：