

カナ

患者名 様

生年月日

*体重 Kg

MRI 検査を安全に行なうために、以下の項目に正確にお答えください。

手術を受けたことがありますか？（はい・いいえ）

どのような手術ですか？（

MRI 検査問診票

記入日 20 年 月 日

記載が不十分な場合、安全性に問題があると判断した場合は検査ができない事もあります。ご了承ください。

	項目	チェック欄	MRI 撮影	備考
検査不可	心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器	有 ・ 無	不可	施設基準を満たしておらず、デバイス等の確認ができないため種類に関係なく検査不可
	圧可変式バルブ付きシャント・脳室シャント	有 ・ 無		
	埋め込み型補聴器・埋め込み型心電図モニター	有 ・ 無		
	人工内耳・脳深部刺激療法・脊髄刺激療法	有 ・ 無		
要確認	★ 脳動脈瘤クリップ	有 ・ 無	可・不可	「有」の場合は、下記に記載してください
	★ 冠動脈ステント	有 ・ 無	可・不可	
	★ 血管内のステント・コイル・フィルター	有 ・ 無	可・不可	
	内視鏡検査によるクリップ	有 ・ 無	可・不可	説明・同意のうえ、検査可能
	ステープラー	有 ・ 無		
	妊娠3ヶ月以内	有 ・ 無		
確認	人工関節・骨固定金属（プレート・ボルト）等	有 ・ 無	可・不可	
	人工心臓弁	有 ・ 無	可・不可	
	埋め込み型の薬剤ポンプ（CSII）等	有 ・ 無	可・不可	
	管腔臓器内のステント・コイル・フィルター等	有 ・ 無	可・不可	
	口腔インプラント・歯科矯正用ブレース等	有 ・ 無	可・不可	
	DIB キャップ（尿道カテーテル）	有 ・ 無		キャップをストッパーに交換
	義眼・義歯・義手・義足・入れ歯・補聴器	有 ・ 無		取り外し可能なものは検査前に外してもらう事があります
	貼付剤・コンタクト（カラーを含む）	有 ・ 無		
	縫合用ワイヤー	有 ・ 無		説明・同意のうえ、検査可能
	子宮内避妊具・骨盤臓器脱用医療器具	有 ・ 無		
	金属（銃弾・金属片）による障害	有 ・ 無		
	入れ墨（アートメイクなどを含む）	有 ・ 無		
	閉所恐怖症	有 ・ 無		

記入者

★脳動脈瘤クリップの欄で「有」とお答えの方（手術日 年 月）※1997年以前に入れたものは当院では撮影不可
 ★冠動脈ステントの欄で「有」とお答えの方（手術日 年 月 製品名：）※MRI非対応のものは当院では撮影不可
 ★血管内のステント・コイル・フィルターの欄で「有」とお答えの方（手術日 年 月）

2021年12月 東葛病院診療情報システム委員会

患者様への説明確認

日付 20 年 月 日

判定（MRI検査） 可 ・ 否

判定医師自署

同席者自署

上記の内容を確認しました。

本人困難な場合 代理人続柄（ ）

本人又は代理人自署