MRI検査　問診票・承諾書（外部紹介患者用）

検査日　　月　　日

患者氏名　　様　体重（　　kg）

検査前日・当日までに確認　（　はい　いいえ　）のどちらかに✔を付けて、該当する事項は記入下さい。

MRI検査は強力な磁石を使用した検査です。人体に影響はありませんが、金属(磁性体)を装着して検査室に入った場合、障害が発生したり検査に支障をきたす恐れがあります。
安全な検査を行うため、下記の確認を行ってください。

1　体内に金属や電子機器を入れる手術や治療をしたことがありますか？
（□はい　/□いいえ）

⇨「**はい**」と答えた方は該当するものに✔を付けてください

□心臓ペースメーカー　□脳動脈クリップ　□人工内耳　□義肢
□植込み型除細動器(ICD)　□金属ステント　□人工関節　□義眼
□神経刺激装置　□骨成長刺激装置　□針治療での針の残存
□頭部、腹部にシャント（短絡路）バルブ　□その他（　　）

⇨「**はい**」と答えた方は手術を受けた病院，時期をご記入ください

（　病院名：　　時期：　　）

● 検査について

2　今までにMRI検査を受けたことがありますか？　（□はい / □いいえ）
3　閉所恐怖症(狭いところが苦手)ですか？　（□はい / □いいえ）
4　（痛みやしびれなど）で30分以上の安静が困難ですか？　（□はい / □いいえ）
5　医療用貼り薬を使用していますか？（ニトロダームやニコチネルなど）　（□はい / □いいえ）
※ 貼付剤の種類によっては主治医の確認が必要な場合があります
6　半年以内に内視鏡を使った検査を行いましたか?(胃ｶﾒﾗ,大腸ｶﾒﾗなど)　（□はい / □いいえ）
6.で「はい」と答えた方へ：いつ頃行いましたか？　（　　年　　月）
その時に金属クリップ（消化管止血クリップ等）を使用しましたか？　（□はい / □いいえ）
7　歯科矯正用ﾌﾞﾘｯｼﾞ、磁石式のインプラントを使用していますか？　（□はい / □いいえ）
7.で「はい」と答えた方へ：MRI検査中は外すことはできますか？　（□はい / □いいえ）
上記で「いいえ」と答えた方へ：それはMRI対応ですか？　（□非対応 / □MRI対応）
8　イレズミ、眉墨などしてますか？　（□はい / □いいえ）
※顔料によっては火傷の恐れがあり、化粧品(マスカラなど)の中には磁性体(磁石に反応する)金属を含んでいるものがあるため、検査前に落としていただくことがあります
9　交通事故、職業などで金属片が体内に入っている可能性がありますか？　（□はい / □いいえ）
10　女性の方、妊娠中または妊娠の可能性がありますか？　（□はい / □いいえ / □該当なし）

承諾欄　**＊私は検査を受けることに承諾します。**

（ 承諾日 ）　令和　　年　　月　　日

（ 署　名 ）　　（続柄：　　）

（ 確認者 ）

独立行政法人国立病院機構　南九州病院
R5年1月18日　改訂