

検査日： \_\_\_\_\_ 検査名： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 体重： \_\_\_\_\_ kg

●MRI検査は、強い磁場を使用して検査を行います。

検査を安全に行うために、下の質問の「はい」「いいえ」のどちらかを○で囲んでお答え下さい。

- 1) MRI検査を受けたことがありますか？…………… ( はい ・ いいえ )  
”はい”と答えられた方は、どの部位を検査されましたか？  
( 頭頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 脊椎 ・ 四肢 ( 手 ・ 足 ) ・ その他 )
- 2) 心臓ペースメーカーを使用していますか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 3) 手術の既往があり、脳動脈クリップ・人工弁・心臓血管ステント等の  
医療用金属材料が体内に入っているとされたことがありますか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 4) 人工内耳を使用していますか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 5) 除細動器・神経刺激装置・骨成長刺激装置を使用していますか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 6) 義眼（磁石で眼窩内に固定されている場合）を使用していますか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 7) 歯の治療でインプラント治療（磁性体の材料を使用）等をされていますか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 8) 人工関節等の金属が体内に存在しますか？…………… ( はい ・ いいえ )  
(検査結果に影響を与えたり、違和感を感じる場合があります。)
- 9) 以前に造影剤を使用した際に、気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか？ ( はい ・ いいえ )
- 10) 閉所恐怖症の可能性がある？…………… ( はい ・ いいえ )
- 11) 入れ墨、アートメイク等を施していますか？…………… ( はい ・ いいえ )  
(低温やけど等の可能性があります。)

●女性の方は、お答えください。

- A) 妊娠もしくは、その可能性がある。…………… ( はい ・ いいえ )  
(妊娠時期によっては、検査を延期する場合があります。)
- B) 現在授乳中である。…………… ( はい ・ いいえ )

## ★MRI検査を行う際の注意事項

MRI検査は強い磁場を使用して検査を行います。上の2～6の質問で“はい”と答えられた方はMRI検査を行うことが出来ない場合がありますので申し出てください。また、その他の質問で“はい”と答えられた方もまれに、違和感や低温やけどの可能性があり、検査を途中で中止したり、検査結果に影響が出る場合もあります。

※カラーコンタクトレンズの装着・マスカラ・アイシャドウ等の化粧品・義歯・カイロ・湿布薬等は低温やけどの可能性があるので検査当日は、使用をご遠慮下さい。

以上の質問、注意事項を理解し、検査に同意された方はご署名をお願いします。

(本人が署名できない場合は、代理の方の署名をお願いします。)

本人： \_\_\_\_\_

代理： 続柄 ( ) \_\_\_\_\_ 記入日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## MRI検査を依頼された医師の方へ

上記患者に対して、私が検査の目的について説明しました。  
その上で、調査結果と合せ、MRI検査の施行は

可 不可 医師名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

検査前 確認	技師： _____	(備考)
-----------	-----------	------