

# MRI 検査前調査票

四日市羽津医療センター

検査日時： \_\_\_\_\_ 検査部位： \_\_\_\_\_

ID： \_\_\_\_\_ 氏名： \_\_\_\_\_ 身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg

●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 )  
( 頭頸部 ・ 胸部 ・ 腹部 ・ 骨盤部 ・ 脊椎 ・ 四肢 ・ 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) インスリンポンプ及び CGM・FGM (持続グルコース測定) を装着中ですか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 5) 人工内耳を使用していますか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 6) 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 )
- 7) 義眼 (磁石で眼窩内に固定されているもの) を使用していますか？…………… ( はい ・ いいえ )  
(磁石で固定できなくなる場合があります。)
- 8) 美容整形をして体の中に金糸をいれていますか？…………… ( はい ・ いいえ )
- 9) 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 )  
(磁石で固定するタイプでは磁力が失われ、固定できなくなる場合があります)
- 10) 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。)
- 11) 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 )
- 12) 閉所恐怖症の可能性はある？…………… ( はい ・ いいえ )
- 13) 入れ墨、アートメイク、ネイルアート、増毛パウダー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。)
- 14) 現在人工透析を受けていますか？…………… ( はい ・ いいえ )

●女性の方は、お答えください。

- A) 妊娠もしくは、その可能性がありますか？…………… ( はい ・ いいえ )  
(安全性が確立されていません。医師にご相談ください。)
- B) 現在授乳中ですか？…………… ( はい ・ いいえ )  
(造影 MRI については 24 時間、MRCP でボースデルを飲用される場合は、検査後 48 時間授乳を避けてください。)

上記質問で“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や検査結果に影響が出る場合もあります。  
また、検査中に違和感を感じたり低温やけどの可能性のある場合、検査を途中で中止することもあります。  
患者さんの安全には十分配慮して検査を実施しますが、検査には様々なリスクが伴うことを予めご了承ください。  
以上の質問、別紙「MRI 検査に関する注意事項」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 検査の施行は以下の通り判断しました。

可  不可 医師名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 同席者又は確認者： \_\_\_\_\_

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