

頭部・頸椎・腰椎・（ ） MRI / MRA 検査問診票兼同意書

ID/患者氏名	/	生年月日	M・T・S・H・R	年	月	日
---------	---	------	-----------	---	---	---

■ (全員) 検査を安全に実施するため、以下の項目にお答えください。

★ 体内の金属類についてお聞きします。重要な事項ですので、医師の確認のもとでお答えください。

※下記に該当する患者さまは、MRI検査を受けることができません。	
(a)体内電子機器を装着している(ペースメーカー、人工内耳、体内神経刺激装置など) (MRI対応ペースメーカーについても施設基準の関係上、対応できません)	いいえ・はい→検査不可
(b)スワンガンツカテーテル、脳室シャントチューブを挿入している	いいえ・はい→検査不可
(c)磁力で付着する義眼(取外せば可能)、眼窩部インプラント、眼窩内金属異物がある	いいえ・はい→検査不可
(d)入れ墨を入れている(火傷を負ったり色が褪せる場合があります)	いいえ・はい→検査不可

①脳動脈瘤クリップがある	いいえ・はい	※材質不明のものは検査を受けることができません
②術後の体内金属がある	いいえ・はい	(部位：) ※ステント等は術後9週日以降で検査可能
③義歯を使っている	いいえ・はい	→ 脱着：可・不可 (マグネット式：あり・なし)
④カラーコンタクトレンズ・補聴器を使用している	いいえ・はい	※検査時は外していただきます
⑤薬剤浸透性絆創膏(コフレパ [®] ツル)を貼っている	いいえ・はい	※検査時は外していただきます
⑥アイシャドーをしている	いいえ・はい	※火傷を負う場合があります
⑦何か金属類が体内にある	いいえ・はい	(内容：)
⑧妊娠している(妊娠の可能性がある)	いいえ・はい	→ (妊娠 月)
⑨閉所恐怖症がある	いいえ・はい	

検査日 令和 年 月 日 時 分

医師確認印

- 持ち物 携帯電話などの電子機器
ポケットクレジットカードなどの磁気カード
財布・定期券
- 服装 帽子・手袋・マフラーなど
腕時計・ベルトなど
アクセサリ
- 衣服素ヒートテックなどの断熱下着
ニットやセーターなどの静電気を起こしやすいもの
(コイル外なら問題なし)
- 義歯等 義歯・義眼(はずせる場合のみ)
メガネ メガネ・カラーコンタクト 補聴器などの機械類
補聴器
- 化粧 アイシャドウ・付け睫毛・眉毛の刺青
- 貼り薬 湿布薬やその他貼り薬(ホクナリンテープや
ニコチンパッチ、ニトロダームTTS等)

スタッフサイン