

MRI 検査問診票

検査部位 () 問診日 年 月 日

- MRI 検査は強い磁場の中で行われる検査です。正確で安全な検査を行うため、下記の該当する項目にチェックしてください。

記入者氏名 _____

検査不可

心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器	はい・いいえ
人工内耳	はい・いいえ
神経刺激システム	はい・いいえ
圧可変式バルブ付き VP シャント	はい・いいえ
乳房再建用エキスパンダー	はい・いいえ
磁石式人工肛門	はい・いいえ
体内埋め込み式インスリンポンプ	はい・いいえ
眼科内の金属異物	はい・いいえ

条件付きで検査可能

脳動脈瘤クリップ・コイル	〈チタン製以外は検査不可〉	はい・いいえ
冠動脈・大動脈・大腿・下腿ステント	〈術後、2 カ月は検査不可〉	はい・いいえ
心臓人工弁	〈1970 年以前の製品は検査不可〉	はい・いいえ
内視鏡検査によるクリップ	〈消化管クリップ留置後 2 週間は検査不可〉	はい・いいえ
妊娠	〈妊娠の可能性または妊娠 16 週未満は検査不可〉	はい・いいえ
避妊リング	〈MRI 対応以外は検査不可〉	はい・いいえ

検査可能

整形外科的金属・歯科用インプラント	〈撮像部位に近い場合は画像に影響〉	はい・いいえ
貼付薬	〈ニトロダーム・ニコチネル・ノルスパンテープははがす〉	はい・いいえ
鉄過剰症または鉄過敏症	〈MRCP 撮影時のみ 鉄剤使用せず検査も可〉	はい・いいえ
閉所恐怖症	〈検査続行不可の場合は中断可能〉	はい・いいえ

同意書の記入により検査可能

入れ墨やアートメイク	〈色素に金属が含まれていると火傷や変色の可能性〉	はい・いいえ
マグネット義歯	〈埋め込まれた磁石の磁力が弱くなる可能性〉	はい・いいえ
歯科矯正装置	〈調整した位置から動いてしまう可能性〉	はい・いいえ

《同意書の記入により検査可能》の項目に《はい》と回答した人のみ記入 ←

MRI 検査のリスクについて理解しましたので検査を受けることに同意します。

年 月 日 患者氏名 _____

問診の結果、MRI 検査を受けても問題ありません。 確認医師 _____