

問診・署名をして予約申込時に送信して下さい

(市立豊中病院記入欄)

MR検査問診票

ID

予約日	年	月	日

※検査中の事故を未然に防止するため以下の項目について確認をお願いします

問診が終わりましたら、問診医師署名欄に署名の上、予約申込時にご送信下さい

患者氏名	性別(男・女)	生年月日	年	月	日
------	---------	------	---	---	---

(1) 次の装置・器具や体内金属が有る場合は検査できません

☐ なし

- ☐ MR検査不可型心臓ペースメーカー(MR対応型でも当院は検査を行なっていません)
- ☐ 植え込み型除細動器、電子的刺激装置(神経・骨成長等)、
- ☐ 人工内耳、植え込み型補聴器
- ☐ 磁力で流動調整を行うシャントチューブバルブ等
- ☐ 人工呼吸器、心肺補助装置
- ☐ 可動性義眼
- ☐ 植え込み型注入ポンプ、輸液ポンプ

(2) 次の医療器具・材料や金属物質が「あり」の場合は検査できないことがあります

「あり」の場合はそれぞれの確認事項をチェックしてください

☐ なし ☐ あり

- 事故、戦争、金属加工作業(板金・旋盤等)により身体内に刺入した金属片、弾丸等
可能性のある場合はX線写真等により刺入位置の安全性を確認

☐ 安全を確認

☐ なし ☐ あり

- マグネット(磁石)を利用した入れ歯
利用者手帳・カードに歯を取り外してMRI検査を受けるよう記載があるか確認
利用者手帳・カードが無いもしくは不明の場合は稀にはあるが装着力が減じる
可能性があることの説明と了承が必要

☐ 記載あり

☐ 説明を了承

(3) 次の医療用インプラント・器具が「あり」の場合は検査可能ですが注意が必要です

「あり」のものをチェックしてください(複数可)

☐ なし ☐ あり

- ☐ 心臓人工弁、☐ フィルター、☐ スtent、☐ コイル、☐ 脳動脈瘤クリップ
術後約6週(組織融合期間)後から検査可能

☐ なし ☐ あり

- ☐ 整形領域のインプラント(関節・骨頭、プレート、ボルト、スクリュー、髄内釘)
☐ 歯科インプラント、☐ 歯列矯正ブリッジ、☐ チタン製その他()
検査可能であっても検査部位によって画像不良となる場合があります、素材によっては発熱の可能性あり
(※止血クリップ、総胆管クリップ、ステイプルなどの皮膚縫合用金属は通常安全です)
☐ 持続血糖測定値(CGM)は検査当日剥がしてもらえることを了承

☐ なし ☐ あり

(4) 閉所恐怖症

閉所に強い恐怖感がある場合は検査できない可能性があり検査を中止する場合があります
「あり」の場合は検査できない可能性があることの了承が必要

☐ 了承

☐ なし ☐ あり

(5) 刺青・永久的なアイラインなどの美容施術

刺青やアイライン等は稀に熱傷、腫脹、変色などの皮膚反応が見られます
「あり」の方は上記のような可能性があることを了承された場合のみ依頼して下さい

☐ 了承

☐ なし ☐ あり

(6) 妊娠(女性の場合のみ)

妊娠中の方は原則として検査は行いませんが、検査を出産後に延期することで生じる
不利益が妊娠中検査のリスクより大きいと考えられる場合、チェックを入れて下さい

☐ 妊娠中検査

上記患者に対して問診を行ないました

[問診医師署名欄]

年 月 日

問診・署名をして予約申込時に送信して下さい