（病診連携用）

**ＭＲＩ検査を安全に行うために**

【MRI検査の**目的**】

磁石と電波を使って身体のあらゆる角度の断面を撮影し、診断や治療の効果を診ます。

【**注意事項**】

検査の特性上、体内に磁性体金属が存在する場合や狭い空間が苦手な方は検査を受けられないことがあります。金属が磁場に引っ張られたり、機器が壊れたり、金属が熱をもつこともあります。

* ペースメーカーや刺激電極を付けている方は、検査室内に入らないでください。
* 脳動脈のクリップ、人工内耳が体内に埋め込まれている方、金属性異物が体内にある方は医師・技師の許可なく検査室内に入らないでください。
* 安全に検査を行うために**別紙「MRI検査問診票・同意書」**の記入をお願いします。
* 次のものは検査室に持ち込めませんので当日は持参しないか更衣室で外してください。
* かつら、眼鏡、補聴器、入れ歯、コンタクトレンズ、義足、義手、装具
* 貴金属（財布等）・装飾品類（指輪、ネックレス、イヤリング、ヘアピン等）
* 磁気カード類、鍵、電子機器類（時計、携帯電話等）
* 金属の付いた衣類・下着、エレキバン、コルセット、杖
* カイロ、湿布、トレーニング器具（パワーアンクル等）
* 化粧（マスカラ等）、ふりかけ式増毛剤、制汗スプレー（Ag含有のもの）、UVケア用品は落としておいてください。

原本保管文書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（病診連携用）

※その他、わからない事があればご連絡ください。

連絡先 ０７４０－３６－８０７８ 地域医療連携室（直通）

０７４０－３６－０２２０ 高島市民病院（代表）

高島市民病院　MRI検査　問診票・同意書

MRI

患者ID

お名前　（　　　　　　　　　　　　　　）　生年月日（　　　　　年　　　月　　　日）　　年齢（　　　　　歳）　　性別　（　男　・　女　）

検査の日程(予定)　（　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　時　　　分　）

**MRI検査を安全に行うために、以下の質問にお答えください。**　**（　はい　・　いいえ　のどちらかを〇で囲ってください　）**

|  |  |
| --- | --- |
| * 以前にMRI検査を受けたことがありますか　　いつ頃ですか→（　　　　　　　　　　　　　）
 | はい　　　　いいえ |
| 1. 心臓ペースメーカー 、除細動器、心臓モニター等が埋め込まれていますか
 | はい　　　　いいえ |
| * 1. で「はい」とお答えの方

→　それは条件付きでMRI対応のものですか　　　　　はい　　　　いいえ |  |
| 1. 人工内耳、神経刺激装置等が埋め込まれていますか
 | はい　　　　いいえ |
| 1. 磁石で着脱するタイプの人工肛門、義眼をつけていますか
 | はい　　　　いいえ |

※上記①～③に該当する場合、MRI対応のものを除き検査は出来ません。

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 心臓や血管内に次の人工物が入っていますか（該当するものを〇で囲ってください）

心臓人工弁　　ステント　　コイル　　人工血管　　フィルター　　脳動脈クリップいつ頃ですか→（　　　　　　　　　　　　　）　どちらの施設で→（　　　　　　　　　　　　　） | はい　　　　いいえ |
| 1. 水頭症の手術をされ圧可変式のバルブシャントが入っていますか
 | はい　　　　いいえ |
| 1. 美容用金糸や鍼（はり）治療の針が埋め込まれていますか
 | はい　　　　いいえ |
| 1. 磁石で着脱するタイプの入れ歯をつけていますか
 | はい　　　　いいえ |
| 1. その他、手術や検査で体内に金属が入っていますか　【矯正歯科を含む】

いつ頃ですか→（　　　　　　　　　　　　　）　内容→（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | はい　　　　いいえ |
| 1. 入れ墨やアートメイク、ネイルアートをしていますか
 | はい　　　　いいえ |
| 1. 次の貼り薬を使用していますか（該当するものを〇で囲ってください）

ニトロダーム　　ニコチネル　　シガノンCQ　　ノルスパンテープ　　ニュープロパッチフェントステープ　　ワンデュロパッチ　　デュロテップパッチ　 | はい　　　　いいえ |
| 1. 糖尿病の治療でインスリンポンプや持続グルコースモニタリング装置を付けていますか
 | はい　　　　いいえ |
| 1. けがや戦争などで体内に鉄片や銃弾破片が混入したことがありますか
 | はい　　　　いいえ |
| 1. 狭いところが苦手ですか
 | はい　　　　いいえ |
| 1. 女性の方で妊娠中あるいは妊娠の可能性がありますか
 | はい　　　　いいえ |

　※上記④～⑭に該当する場合、検査できないことがあります。

上記問診項目の記載に間違いは無く、検査の必要性やリスク等を理解した上で検査の実施に同意します。

記入日　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　患者様またはご家族等の署名

その他の記入者（　　　　　　　　　　　　　　　）

上記内容を確認しMRI検査の実施に支障がないと判断します。

　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　主治医または検査依頼医

検査担当者　　　　　　　　　　　スキャナー取り込み者印（　　　 　 　　　　）　　　　　画像診断センター　MRI検査問診票・同意書　　第1版