

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(パワーアングル等)
- 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。

※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



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○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
② 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
③ 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。

④ 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○で囲ってください) 心臓人工弁 スtent 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
⑤ 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
⑥ 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
⑦ 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
⑧ その他、手術や検査で体内に金属が入っていますか いつ頃ですか→() 内容→()	はい いいえ
⑨ 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
⑩ 次の貼り薬を使用していますか(該当するものを○で囲ってください) ニトログーム 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
⑪ 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
⑫ 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
⑬ 狭いところが苦手ですか	はい いいえ
⑭ 女性の方で妊娠中あるいは妊娠の可能性ありますか	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