

MRI 検査申込書

検査予約日	年	月	日	AM	PM	:
フリガナ 患者氏名	生年月日		M・T・S・H	年	月	日
検査部位	(+ ・ -)		申込医療機関名			

MRI 検査室内には、強力な磁力があります。検査室に入る前に、身体に金属が無い事を確認する必要があります。金属によっては検査の邪魔になったり、危険を及ぼすものもあります。安全に検査を行うため下記の質問にお答えください。

1. 患者さんは、心臓ペースメーカーあるいは他の電子装置が埋め込まれていますか？ はい ・ いいえ
(ペースメーカー・埋め込み式除細動器や人工内耳をもつ患者さんは、安全に検査ができません。)
2. 患者さんは、脳動脈瘤クリップがはいっていますか？ はい ・ いいえ
(クリップの種類によっては、安全に検査できないことがあります。)
3. 患者さんの目に金属片が入っている可能性がありますか？ はい ・ いいえ
(機械工や修理工などで金属片が目に入っている可能性がある方は、安全に検査できない事があります。)
4. 患者さんは、義眼、義足、義手、歯科インプラント、補聴器を装着してますか？ はい ・ いいえ
(磁気部が脱着不能な義歯を装着してる場合、磁力が低下し固定に支障が現れる可能性があります。)
5. 患者さんは、刺青、アートメイク、化粧(アイメイク等)、付け爪(マニキュア・ジェルネイルなど) はい ・ いいえ
をしてますか？(顔料に鉄粒子が含まれるものがあるので、火傷や変色する可能性があります。)
6. 患者さんは、コンタクトレンズをしてますか？(検査当日は、取外し用ケースを持参ください。) はい ・ いいえ
(種類によっては、眼球吸引様違和感や角膜上皮障害(視力障害)が生じる可能性があります。)
7. 患者さんは妊娠してるか、もしくは可能性がありますか？ はい ・ いいえ
(妊娠 15 週以前のMRI検査の安全性は確立されていません。当院では原則的に 20 週以降で検査を行います。)
8. 患者さんの体内にある医療器具をすべて挙げてください。(名称不明な場合は手術した部位のみで結構です。)また、
おおよそ結構ですから、その日付も記入してください。

(磁石式バルーンキャップ (有 ・ 無))

9. 患者さんの現在の体重を教えてください。 (kg)
10. 次に挙げるものは、故障や火傷、または画像への影響を及ぼすことがありますので、検査前に取り外し
をお願いいたします。
 <金属製装身具> ヘアピン 安全ピン アクセサリ(指輪・イヤリング・ネックレス) かつら
入れ歯 眼鏡 金属のついた下着 付け爪(マニキュア・ジェルネイル) など
 <鉄製小物> はさみ 筆記用具 鍵 ライター クリップ など
 <精密機器・電子機器> 補聴器 時計 カメラ 携帯電話 など
 <磁気記録媒体> 磁気カード(クレジットカード、キャッシュカード) テレホンカード 診察券 など
 <その他> 貼り薬(ニトロダーム、湿布、エレキバン、カイロなど) ヒートテック(保温性の高い下着等)
コンタクトレンズ