患者 ID　：（貴院での記入は不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　年　　月　　日

地域連携用　単純 MRI

MRI 検査（造影剤使用なし）問診票

単純 MRI 検査オーダー入力項目	内　　容　　（該当項目に☑を入れて下さい）
・不整脈デバイス	□なし　□ペースメーカ、CRT-P　□ICD、CRT-D 当院は、施設基準を満たしていないため、条件付き MRI 対応ﾃﾞﾊﾞｲｽであっても検査不可
・MRI 検査実施問診票 検査同意書の確認	□依頼医師の責任において安全性確認 ※別紙、MRI 検査実施問診票で安全性を確認して下さい。
・身長、体重	身長　　㎝　体重　　㎏
・検査当日の食事摂取	□可　□不可

患者 ID　：（貴院での記入不要です）

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日：　　年　　月　　日

地域連携用　単純 MRI

MRI 検査実施問診票及び検査同意書

・MRI 検査について

MRI（Magnetic Resonance Imaging：磁気共鳴画像診断装置）検査は、強力な磁石でできた機械の中に入り、磁力と電波を利用して身体の断面や血管を撮影する検査です。安全に MRI 検査を行うためには、体内金属、手術歴等の確認が必要です。検査時間は、検査内容により３０分から６０分です。検査にあたり問診票の記入をお願いし、患者さんの状態を確認させていただきます。

・検査基本項目

○過去の MRI 検査歴はありますか。　□あり（検査日　　年　　月）　□なし　□不明
○３０分～６０分程度安静にして、同じ姿勢は可能ですか。　□はい　□いいえ
○狭い場所は大丈夫ですか。　□はい　□いいえ

・検査不可　項目

項　目	チェック	「あり」の場合の対応方法
心臓植込み型ペースメーカ・除細動器・神経刺激装置・脳深部刺激装置・植込み型心電用データレコーダ（MRI 対応含）	□あり □なし	当院では、条件付 MRI 対応デバイスであっても 施設基準を満たしていないため、**検査不可**
磁石式人工肛門・金属製・可動性の義眼・チタン製以外の脳動脈クリップ・頭蓋骨固定 ・美容整形等で顔面に金糸等の埋め込み ・乳房再建エキスパンダー・カプセル内視鏡 ・スワンガンツカテーテル・体内リード線	□あり □なし	材質に関係なく**検査不可**
人工内耳・中耳	□あり □なし	当院では、MRI 対応製品であっても、 耳鼻咽喉科医師の立ち合いができないため、**検査不可**

・条件付き検査可能

項　目	チェック	「あり」の場合の対応方法
冠動脈、大動脈、四肢血管ステント （留置した日　　年　　月）	□あり □なし	MRI 対応で、留置後 8 週間経過で検査可 （品名及び添付文章で撮像条件の確認可能な場合は除く）
膵管・胆管・大腸ステント、 脳動脈・頸動脈クリップ、ステント	□あり □なし	MRI 対応の場合は、検査可能
心臓人工弁	□あり □なし	Star-Edwer600 番以前（1970 年以前）**検査不可**
消化器（胃、大腸）のクリップ （MRI 対応含む）	□あり □なし	留置後 1 か月以内は原則不可 （MRI 対応品で、使用クリップの確認可能な場合除く）
体内埋め込み式インスリンポンプ・持続血糖測定器(ｾﾝｻｰを含む)	□あり □なし	内分泌内科に確認必要　　測定器、ｾﾝｻｰの取外し必要 **MRI 室での対応不可**
圧可変式シャントバルブ留置 （V-P シャント等）	□あり □なし	脳神経外科医師による、確認必要 脳神経外科医師による、検査後の設定圧の確認が必要
皮下埋め込み型ポート（CV ポート等）	□あり □なし	当院での埋め込みポートは、検査可能 埋め込み施設等に確認必要

条件付き検査項目　続き		「あり」の場合の対応方法
インプラント（磁石式の入れ歯）	□あり □なし	取外し後、検査可能
緑内障フィルトレーションデバイス （ｱﾙｺﾝ™、ｴｸｽﾌﾟﾚｽ™）	□あり □なし	デバイス挿入後、2 週間は、検査不可
入れ墨、タトゥー（検査中、熱感等変化が生じた場合、検査中止）	□あり □なし	発熱、火傷の恐れあり**危険性の説明と同意必要**
妊娠の可能性 、妊娠中（妊娠　　週 ）	□あり □なし	診断上の有益性が危険性を上回る場合、検査可能 妊娠 4 週～12 週は、検査を避けることが望ましい
避妊リング	□あり □なし	MRI 対応品の場合、検査可能
手術を受け体内に金属製の物体（骨固定用ボルト、人工関節など）	□あり □なし	検査中、熱感等変化が生じた場合、検査中止
手術以外で、体内にある金属製の物体 （仕事やけがに伴う体内残留物など）	□あり □なし	特に金属片が眼の奥などにないか X-P 等で確認

・その他の項目

項　　目	チェック	「あり」の場合の対応方法
治療用置き針・巻き爪ワイヤー・入れ歯	□あり □なし	原則取り外して検査可能
ストーマ、尿道留置カテーテル	□あり □なし	接続部が金属のものは取り外せれば検査可能
カラーコンタクト（ディファイン含） ピアス、貴金属、補聴器など	□あり □なし	取り外して検査可能 保管ケース等用意必要
増毛パウダー（スーパーミリオンヘアーなど）	□あり □なし	検査日に塗布がなければ検査可能
貼り薬（湿布、経皮吸収ニトログリセリン：ニトロダーム®禁煙補助薬：ニコチネル®、経皮吸収型持続性疼痛治療剤：フェントステープ ®など）	□あり □なし	**検査前に必ず剥がす。**経皮吸収ニトログリセリンは、**火傷の可能性あり**　経皮吸収型持続性疼痛治療剤は、発熱により**薬剤の放出量が増加**し、薬理作用が増強する恐れあり
衣類等（ヒートテック、ブラジャーなど）金属付下着、遠赤外線、保湿性が高い発熱衣類	□あり □なし	脱衣して検査着に更衣し検査実施 画像への影響、発熱の恐れあり
化粧品（マスカラ・アイライン・アイブロウ・アイシャドウ 等） ネイルアート（マグネットネール、ジェルネイル）	□あり □なし	**成分に金属が含まれているものがあり、発熱、火傷の可能性あり　化粧は事前に落として、ネイルは除去して検査実施**

検査前には、施錠のできる更衣室で身に着けていて外せる金属類、体に装着しているもの、貼り薬等はすべてはずし、検査着に着替えていただきます。検査中は、大きな音が発生します。耳の保護のためにヘッドホンを使用しますが、耳栓が必要な方はお申し出下さい。検査中に体調の変化、局所の熱感等を感じた場合、手元のブザーを使って担当者を呼び出すことができます。ご不明な点がありましたら、依頼医師や検査担当者にご質問下さい。

なお、問診票を記入いただき、検査に同意いただける場合は、下記に署名をお願いします。記入していただいた問診票、同意書を確認した上で検査の可否を決めさせていただきます。

説明年月日　：＿＿＿＿＿＿＿＿　医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿　説明医師 ：＿＿＿＿＿＿＿＿

・私は、体内金属などの安全性が確認できた場合、問診票にある対応方法により MRI 検査を受けることに同意します。

同意年月日　　：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

同意者（本人）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代諾者　氏名　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　続柄（＿＿＿＿＿＿）

※患者さんが何らかの理由で署名ができない場合は、代諾者が自筆署名し、続柄を記入してください。
なお、患者様の状態により医師、看護師が問診及び口頭による確認の上、代理署名させていただく場合があります。

患者 ID　：(当院記入　　)

患者氏名：

性別：　M・F

生年月日　　年　　月　　日

地域連携用　単純 MRI

単純 MRI 検査（造影剤使用なし）を受けられる方へ

検査日時

年　　月　　日　　時　　分

※検査日時の 30 分前までに放射線科受付にお越しください。なお、診療科の指示がある場合には、そちらの指示に従って下さい。また、緊急検査の対応のため、検査開始が予定時間より遅れることがあります。ご了承下さい

・検査時間について

検査時間は、30 分から 60 分程度です。検査開始前に、おおまかな検査時間をお伝えします。

□食事・水分制限なし

□検査当日の食事摂取不可の方

検査予約時刻の **4 時間前(　　時　　分)以降は食事をとらない**で下さい。

ただし、水・お湯・お茶などの**水分制限はありません**。脱水予防のため、水分は検査直前まで十分に摂取して下さい。

※牛乳、ジュースは正しい診断結果が得られなくなる可能性があるため飲まないで下さい。

※なお、水分制限のある方は、制限の範囲内で摂取して下さい。

●普段飲んでいる薬の服用について

普段飲んでいる薬は、指示がなければいつもどおりに服用して下さい。

●その他

・検査前には、施錠のできる更衣室で身に着けていて外せる金属類、体に装着しているもの、貼り薬等はすべて外し、検査着に着替えていただきます。可能な限り、事前準備をお願いします。

ご不明な点がありましたら、依頼医師や検査担当者にご質問下さい。