

MRI 検査実施問診票及び検査同意書

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

・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	<input type="checkbox"/> あり (検査日 年 月)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明
○30 分~60 分程度安静にして、同じ姿勢は可能ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
○狭い場所は、大丈夫ですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	

・検査不可 項目

項目	チェック	対応方法
心臓植込み型ペースメーカー・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)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 ・乳房再建工キスパンダー・カプセル内視鏡 ・スワンガンツカテーテル・体内リード線	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	材質に関係なく 検査不可
人工内耳・中耳	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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

項目	チェック	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)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	MRI 対応の場合は、検査可能
心臓人工弁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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が可能な場合は除く)
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)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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

条件付き検査可能 項目 続き	チェック	対応方法
インプラント（磁石式の入れ歯）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 TM 、イクスプレス TM ）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	特に金属片が眼の奥などにはないか X-P 等で確認

・その他 項目

項目	チェック	対応方法
治療用置き針・巻き爪ワイヤー・入れ歯	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 通気性の優れた衣類の着用を推奨
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（マグネットネイル、ジェルネイル）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 化粧品は事前に落として、ネイルは 除去後、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。ご不明な点がございましたら、担当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担当医師、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。

