

# MRI 検査 問診票

ID	生年月日	年 月 日 ( 歳)	身長	cm
氏名	検査予定日	年 月 日 :	体重	kg

該当項目にチェックをお願いします。不備がある場合は検査を延期させて頂くことがあります。

## 1) 患者状態・日常使用品などについて

- 閉所恐怖症  アートメイクや刺青(タトゥー)  インスリンポンプ、持続グルコース測定器(取り外しが必要)
- 補聴器・入れ歯(取り外しが必要)  磁石式キャップの導尿カテーテル(磁石式・金属式キャップは検査不可)
- 歯科矯正中(歯科医院への確認が必要)  妊娠中・妊娠の可能性(14週未満は原則検査を行っていません)
- 腹膜透析中(チューブ先端に金属あり、検査中に不快感など訴えあれば中止します)  金属製の義眼(可動型)
- 金属加工の仕事やケガなど(事故、戦争)で皮下または体内に金属片がある(眼などの決定臓器付近は禁忌)
- 増毛パウダー・1dayヘアカラー(一時的髪染め)・カラーコンタクト等のカモフラージュ製品(検査時は使用不可)

## 2) 心臓植込み型デバイス / 体内に残存するペーシングワイヤー / 神経刺激装置 について

ペースメーカーなどの心臓植込み型不整脈デバイスの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 → 条件付き MRI 対応 ( はい・いいえ )
→ 条件付き MRI 対応はペースメーカー外来でのデバイス確認、検査日程の調整が必要 <input type="checkbox"/> 済 (未の場合検査不可)	
植込み型心電図計(磁場による保存データ破損の可能性)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (製品名: )
→ 循環器内科(他施設での植込みの場合は植込みした施設)への確認が必要 <input type="checkbox"/> 済 (未の場合検査不可)	
体内に残存するペーシングワイヤー(禁忌製品が存在)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (製品名: )
→ MRI 適合性不明で検査を施行する場合、リスク説明と医師の立ち会いが必要 <input type="checkbox"/> 説明済/医師 PHS( )	
神経刺激装置(当該装置研修終了医師による確認が必要)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (製品名: )
→ 条件付き MRI 対応かつ当該装置の研修を終了した医師の確認が必要、詳細は MRI 室へ(内線:8346/8347)	

## 3) 医療機器/器具などの植込みまたは留置、その他使用について

「MRI 対応」「条件付き MRI 対応」「MRI 非対応」の確認が必要。条件付きは磁場強度などの制限があります。

使用装置(1.5T・3T)は添付文書に従って下さい。ネット検索や『Pmda』などの医療機器情報検索サイトにて検索可 →



人工内耳、機械的人工心臓弁、皮下植込み型ポート	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(製品名: )
血管系ステント、静脈フィルター、胆管・腸管ステント	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(製品名: )
頭蓋内クリップ・コイル、脳室シャントカテーテル(チューブ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(製品名: )
内視鏡検査で止血/マーキングクリップを使用した(1か月以内)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(製品名: )
フェントステープ、ワンデュロ、ニトロダームなどの経皮吸収貼付剤	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(製品名: )
整形外科インプラント(人工関節やスクリューなど)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(製品名: )
その他(いつ、どこに、どんな物などわかる範囲で)	( )

※ 不明な点は MRI 室(内線:8346/8347)へ

## 4) 胆嚢・膵臓(MRCP)検査時 ボーステル内用液の使用に関して

胃・十二指腸の消化液の信号を抑制して画質の向上を図ります。チェック がない場合や入院、救急では使用しません。

消化管穿孔・授乳中・経口抗生物質を服用中・水分摂取制限 ある場合は使用しません	<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用しない
---	---

## 5) 下腹部・骨盤部(婦人科領域)検査時 鎮痙剤の使用に関して

腸の動きを一時的に緩やかにすることで画質の向上を図ります。ブチルスコポラミンを筋肉(または静脈)注射します。

心疾患・緑内障・麻痺性イレウス・出血性大腸炎・妊娠 ある場合は使用しません	<input type="checkbox"/> 使用可 <input type="checkbox"/> 使用しない
---------------------------------------	---

確認年月日: 年 月 日(原則検査予定日の1か月以内)

(診療科: 医師 PHS: ) 確認医師: