

患者氏名 (カナ記載で構いません)			
予約日	年 月 日 ( ) 曜日	予約時間	(午前・午後) ( : )

当日は、検査の **30分前**までに、**C1：放射線科受付** にお越しください。

### 検査当日の注意

### 単純MRI検査 20～30分

- ① 食事制限は特にありません。
- ② 服用中のお薬は、医師の指示がない限り いつものように飲んで下さい。
- ③ MRI検査は検査の**安全性を確保**するために**検査専用の衣服**にお着替えをお願いしております。
- ④ 以下のものは**検査当日着用しないでください**（外せない場合は**基本検査不可**）

・**増毛パウダー** ・**白髪染めスプレー** （鉄粉が含まれています・**装置故障**に繋がります）

・**カラーコンタクトレンズ** （金属粒子で色付けされおり火傷の可能性があり大変危険です）

・**ラメ、鉄粉含む化粧品** （特に**マグネットネイル**・**マスカラ**・**アイシャドー**など）

**※マグネットネイルは爪・皮膚の火傷・変色・焦げ・火花の発生が国内で報告されています**

上記製品には鉄粉・金属粒子が含まれる可能性があり**火傷の危険があります**。

鉄粉・金属粒子がMRI装置に入りこむと**故障**の原因になるため上記製品を使用しないようにお願いします

- ⑤ 貼付薬は種類により検査前に外すことがありますので検査不可の貼付薬の場合**交換品**をご用意ください。

× 検査不可	ニュープロパッチ・フェントステープ・ニトロダーム・ニコチネル・ホクナリンテープ・エストラーナテープ
○ 検査可能	ミリステープ・フランドルテープ・硝酸イソルビドテープ・リバスタッチ・イクセロンパッチ・ピソノテープ ツロブテロールテープ・デュロテップMTパッチ・ワンデュロパッチ（貼付したまま検査可能）

★事情により予約時間に遅れる または 検査がうけられない場合には、電話でご連絡下さい。

社会医療法人 友愛会 友愛医療センター TEL ; 098-850-3811

# MRI検査 問診票

2/2項

患者氏名 (カナ記載で構いません)				身長	体重
生年月日		T・S・H・R	年 月 日 ( 歳)	cm	kg
予約日	年 月 日 ( ) 曜日	予約時間	(午前・午後) ( : )		

1) 下記の項目について該当するほうに○をお願いします。

① 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 → 条件付きMRI対応はペースメーカー外来でデバイス確認、検査日程の調整が必要 <input type="checkbox"/> 済 (未の場合検査不可)	・なし ・あり →条件付きMRI対応 (はい・いいえ)
② 植込み型心電図計 (保存データ破損の可能性) → 循環器内科(他施設の植込みは該当施設)への確認が必要 <input type="checkbox"/> 済 (未の場合検査不可)	・なし ・あり →製品名
③ 体内に残存するペーシングワイヤー (禁忌製品が存在) → 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( )	・なし ・あり →製品名
④ 神経刺激装置 (当該装置研修終了医師の確認が必要) → 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)	・なし ・あり →製品名
⑤ 歯科矯正・磁石式入歯・磁石式インプラントについて → MRI適合性を歯科の主治医へ確認が必要 <input type="checkbox"/> 済 (未の場合検査不可)	・なし ・あり →製品名

2) 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。
- ・使用装置は添付文書に従って下さい。インターネット検索、『PMDA』などの医療機器情報検索サイトにて検索可

①人工内耳、機械的人工心臓弁、皮下植込み型ポート	・なし ・あり →製品名
②血管系ステント、静脈フィルター、胆管・腸管ステント	・なし ・あり →製品名
③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)	・なし ・あり →製品名
④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)	・なし ・あり →製品名
⑤その他 (いつ、どこに、どんな物などわかる範囲で)	

3) 下記の項目について該当するほうに○をお願いいたします。「あり」の場合、オーダーへコメント入力をお願いします。

① 閉所恐怖症で内服・静注指示が必要	・なし ・あり ⇒カルテに指示箋の入力をお願いします
② 妊娠中・妊娠の可能性 (14週未満は原則検査不可)	・なし ・あり ⇒産婦人科医師の確認が必要
③ 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)	・なし ・あり ⇒検査前に各外来での取り外しが必要
④ アートメイクや刺青 (タトゥー)	・なし ・あり ⇒変色・熱傷の可能性の説明が必要
⑤ 皮下または体内に金属片がある (砲弾破片・金属研磨業)	・なし ・あり ⇒眼などの決定臓器付近は禁忌
⑥ 金属製の義眼 (可動型) の有無	・なし ・あり ⇒MRI対応の確認が必要

確認日	紹介元医療機関名	確認医師
原則1ヶ月以内	年 月 日	