

患者氏名

様

MRI検査 問診票・同意書

【MRI検査の目的】

MRI検査とは、強い磁気と電波(ラジオ波)を用いて体内の状態を画像にする検査で、体内の様々な病気を発見し、診断・治療へと繋げます。全身検査が可能です。特に脳や脊椎、四肢・骨盤腔内等に高い検査能力があります。

【MRI検査の内容】

MRI検査は、撮影する部位にコイルと呼ばれる専用の器具を体に装着し、ベッドに寝た姿勢でトンネル状の装置の中に入って検査します。検査中は大きな音がするためヘッドホンや耳栓を装着し、30～60分程度同じ姿勢を保つ必要があります。撮影部位や目的によっては、息を止めて頂いたり造影剤を飲んだり、また静脈から注射をしたりすることがあります。

【MRI検査の偶発症(危険性)】

強力な磁場と電波を使用するため、以下の偶発症がおこる可能性があります。

- ・ 体内金属が発熱することによる火傷、また体内金属が移動することによる組織損傷などの可能性があります。
- ・ 入れ墨やアートメイク、タトゥーなど金属が含まれている顔料が使用されている場合、火傷や変色する恐れがあります。
- ・ 造影剤による副作用

【予定する検査以外に考えられる手段】

- ・ 閉所恐怖症や体内金属によって検査できない場合、撮影部位や診断決定によってはCT検査などに変更する場合があります。
- ・ 咳、痛み、しびれ等で40分程度の静止が困難な方は、CT検査等に変更する場合があります。

◎MRI検査を安全にお受けいただくための問診票です。以下の質問にお答えください。

MRI検査ができない禁忌項目

① 体内に以下のような電子機器部品がありますか？ <ul style="list-style-type: none"> ・ 心臓ペースメーカー、植込み型除細動器、植込み型心電計 ・ 人工内耳、可変式バルブシャント（脳室シャント・V-Pシャント） ・ 神経刺激装置をはじめとする脊髄刺激装置や骨成長刺激装置 ※該当する項目がある方は、MRI対応の装置であっても施設基準の関係上、検査ができません。	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
② 眼に磁石などを使った可動式義眼や金属製の眼内ドレーンまた眼球内に金属製の異物がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
③ マグネット式義歯や矯正ワイヤーをお使いですか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
④ 美容整形による金糸などがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑤ 閉所恐怖症の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑥ 乳房再建術後の皮膚組織拡張器(ティッシュ・エキスパンダー:TE)を使用されていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
⑦ 妊娠中もしくは妊娠の可能性はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

※ ①～⑦で『はい』とお答えの方はMRI検査を受けることができません

条件付きで検査可能な項目

⑧ 脳動脈クリップがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	MRI対応・非対応・不明
⑨ 頭蓋固定具がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	MRI対応・非対応・不明
⑩ 内視鏡検査止血クリップはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	MRI対応・非対応・不明
⑫ 血管内ステント、コイル、フィルターがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	MRI対応・非対応・不明
⑬ 気管支、胃や大腸などの管腔臓器にステントがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	MRI対応・非対応・不明
⑭ 口腔内インプラントをされていますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	MRI対応・非対応・不明
⑮ 人工関節、人工骨頭、骨固定金属(ボルト等)がありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	MRI対応・非対応・不明
⑯ 子宮内避妊具はありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい	MRI対応・非対応・不明

※ ⑧～⑯で『はい』とお答えの方は、MRI対応か非対応のものを手術または処置を受けられた施設でご確認ください。

20____年____月____日

私は上記の説明を受けた上で、MRI検査を行なうことに 同意します 同意しません

患者様署名

代理人署名

続柄

説明医師