

M R I 検 査 問 診 票 ・ 同 意 書

問診日 _____ 氏名 _____ 様 生年月日 _____ 体重 _____ Kg

検査当日落合病院にて再度問診を行います。
安全な検査を行うために事前に確認をお願いします。

1. MRI検査を受けたことがありますか？ いいえ はい

いつ _____ 病院名 _____

2. 体内に下記のような医療用金属・機器が装着されている可能性がありますか？
※下記のような医療用金属・機器がある方は当院ではMRI検査を行うことができません。

- ・心臓ペースメーカ（MRI対応を含む）、埋め込み型除細動器：ICD いいえ はい
- ・人工内耳、神経・骨成長刺激装置などの電子装置 いいえ はい
- ・圧可変式バルブシャントシステム(脳室シャント) いいえ はい

3. 体内外に下記のものがある可能性がありますか？
下記の体内金属は材質・手術時期・MRI対応であるか注意が必要です。

はいに☑がある方は対象のものに○をして治療・手術機関にMRI対応の確認をお願いします。

- ・脳動脈クリップ・コイル いいえ はい
- ・埋込型心電計 人工心臓弁 左心耳閉鎖術 スtent(心臓・血管・尿管) いいえ はい
WATCHMAN等
- ・脊椎固定具 人工骨頭 人工関節 整形外科手術による金属 いいえ はい
- ・内視鏡クリップ 歯科矯正 歯科インプラント 避妊リング いいえ はい

4. 下記の該当するものを使用中ですか？
はいに☑がある方は対象のものに○をして取り外しをお願いします。

- ・貼付剤は使用していますか？ いいえ はい
※原則医師の指示の下、取り外しをお願いします。
- ・糖尿病関連機器(フリースタイルフレ・DexcomG7・インスリンポンプなど) いいえ はい
- ・義眼 義肢 義歯 補聴器 DIBキャップ(磁力キャップ ハルンカテール) いいえ はい
- ・カーコンタクト 増毛スプレー 金属・磁石を使用した美容品 いいえ はい

5. その他に装着中または体内金属、人工物等があれば記入してください。

6. 仕事、けがにより金属片・金属粉が眼球内または体内に入っている可能性がありますか？
(鉄工所勤務など体内外に付着している可能性がある方を含む) いいえ はい

7. 刺青(タトゥー)、アートメイクがありますか？ いいえ はい
はいに☑のかたは別紙の同意書をご記入ください

8. 閉所恐怖症ですか？ いいえ はい

9. 妊娠またはその可能性がありますか？(女性のみ) いいえ はい

※上記のみに関わらず不明な点は必ず医師、看護師に確認をお願いします。

問診確認医師 _____