**【問診票】ＭＲＩ検査**

書類

種別 別

検査日：　　　年　　　月　　　日　　記入日：　　　年　　　月　　　日

記入者：本人・（　　　　　　　　　　　）

**患者氏名　　　　　　　　　　　様（　　　　　　　）　　体重　　　　　㎏**

MRI検査を安全に行うために、下記の質問に正確にお答えください。

**1.　MRIは非常に強い磁場を使った検査です。**

**体内に以下のような金属類や、器具類はありますか。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 心臓ペースメーカー、植込み型除細動器 | なし | あり |  |
| 人工内耳、神経刺激装置などの体内電子装置 | なし | あり |  |
| 脊柱管内リード線、脊髄刺激装置 | なし | あり |  |
| インスリンポンプ・持続血糖測定装置 | なし | あり | ※検査時は外していただきます |
| 脳動脈クリップ（くも膜下出血の手術） | なし | あり | 手術：　　　　　年頃 |
| 心臓や血管内の金属物 （ステント、  コイル、人工血管、フィルターなど） | なし | あり | 手術：　　　　　年頃 |
| 人工心臓弁 | なし | あり |  |
| 圧可変式バルブシャント（水頭症の手術） | なし | あり |  |
| 消化管出血の止血クリップ  マーキングクリップ | なし | あり |  |
| 胆管、食道、気管などの金属ステント | なし | あり | 部位： |
| 整形外科的金属（人工関節、ピンなど） | なし | あり | 部位： |
| 入れ墨をしていますか | なし | あり | 部位： |
| 歯科インプラント | なし | あり |  |
| カラーコンタクトレンズを使用していますか | なし | あり | ※検査時は外していただきます |
| その他の体内金属異物はありますか | なし | あり | 部位： |

**2.　その他、次のうち当てはまるものがありますか。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 閉所恐怖症 | なし | あり |  |
| 妊娠中または妊娠の可能性（女性のみ） | なし | あり |  |

**3.　腹部、骨盤部の検査を受けられる方にお聞きします。**

腹部や骨盤部の検査では腸管の動きが画像に影響を与えるため、腸管の動きを抑制する薬を

注射します。しかし、この薬は以下のような方には注意が必要です。次の疾患がありますか。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 緑内障 | なし | あり |  |
| 心臓の病気 | なし | あり | 病名： |
| 前立腺肥大（男性のみ） | なし | あり |  |

※内容について不明な点がありましたら、担当医もしくはスタッフにおたずねください。

　　佐久総合病院　MRI検査室