

【カ所のご記入をお願いします。】

ID:

平成 22 年 12 月 16 日作成
平成 24 年 06 月 19 日改訂
平成 29 年 12 月 11 日 5 訂
平成 03 年 11 月 26 日 6 訂
令和 04 年 03 月 24 日 7 訂

氏名:

生年月日: 年 月 日

MRI 検査を受ける前に(問診票および説明確認)

① 該当するものに✓印を記入して下さい。

有・無

MRI 検査を受けたことのある方 有の場合 (年頃)

心臓ペースメーカーを埋め込まれている方

金属製の心臓人工弁を使用している方

人工内耳を使用している方

神経刺激装置を使用している方(深部脳刺激装置、脊髄刺激装置)

骨成長刺激装置・インスリンポンプ・持続血糖モニターを使用している方

脳動脈瘤手術における金属クリップやコイルを入れている方

その他、手術やケガで体内に金属や材質不明な物を入れている方

有の場合

記入

インプラント(マグネット式)

閉所恐怖症の方

刺青のある方

妊娠中もしくは妊娠の可能性のある方

<上記の質問事項は MRI 検査を安全に行うためのものです。>

② 身につけて検査はできないもの。

1)装飾品

指輪 ネックレス ピアス・イヤリング 化粧(アイシャドー、マスカラ等)

2)貴金属類

時計 携帯電話 鍵 磁気カード

3)身体補助具

入れ歯 補聴器 カツラ 髪留め メガネ カラーコンタクトレンズ

金属のついた衣類・下着 義肢

4)貼り薬(薬剤の支持体に金属等が含まれ、火傷を引き起こす可能性がある)

湿布 カイロ エレキバン ニトロダーム TTS・ニコチネイル TTS

ノルスパンテープ ニュープロパッチ エムラパッチ

5)その他金属成分、又は磁性体を含む物

心電図モニターの電極等 ホルター心電図

<上記のものは検査に支障をきたしますので、検査前に取り外していただきます。>

年 月 日

説明者 職種: 医師・看護・技師 氏名: (署名お願い致します)

確認者 氏名: 続柄: (署名お願い致します)

国立病院機構 東埼玉病院 放射線科 TEL:048-768-1161