

MRI 検査問診票（他院）

検査日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 時 \_\_\_\_\_ 分

ID \_\_\_\_\_ 生年月日: T S H R \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才)

氏名 \_\_\_\_\_ 性別: 男性 ・ 女性

1.	MRI 検査を受けられたことがある方はお答え下さい	
	いつ(1番最近): _____ / どの部位? _____ / どこで?: 豊岡病院・その他( _____ )	
	また、その時体調の変化はありましたか? _____	はい ・ いいえ
	「はい」と答えられた方 : 具体的に ( _____ )	
2.	今までに手術をされたことがありますか? _____	はい ・ いいえ
	「はい」と答えられた方は具体的に記入して下さい (体内に入っている金属等を把握します)	
	才頃 _____ どの部位? _____	どこで? 豊岡病院・その他 ( _____ )
	才頃 _____ どの部位? _____	どこで? 豊岡病院・その他 ( _____ )
	才頃 _____ どの部位? _____	どこで? 豊岡病院・その他 ( _____ )
3.	身体の中に金属が入っているとされたことがありますか? _____	はい ・ いいえ
	どこに入っていますか? ( _____ )	
	(体内金属が発熱したり、正しく画像が撮像されない可能性があります)	
4.	狭いところ、暗いところが苦手ですか? _____	はい ・ いいえ
5.	てんかんの発作を起こしたことがありますか? _____	はい ・ いいえ
6.	20分間程度同じ姿勢を維持することが <u>出来ない</u> _____	はい ・ いいえ
7.	下記の病気で該当するものがあれば○で囲んで下さい	
	緑内障 ・ 狭心症 ・ 不整脈 ・ 前立腺肥大症 ・ 糖尿病 ・ 金属アレルギー	
8.	入れ墨 (まゆ毛・アイライン含む) がありますか? _____	はい ・ いいえ
	どこに入っていますか? ( _____ ) (成分によっては火傷の可能性あります)	
9.	ジェルネイルやまつ毛などのエクステンションをしていますか? _____	はい ・ いいえ
	(入っている成分によっては火傷の可能性あります 検査当日までに可能な限り外して下さい)	
10.	女性の方へ・・・現在妊娠している又は授乳中の方は○で囲んで下さい	
	妊娠している : _____ 現在何週目ですか ( _____ ) ・ 授乳中	

**【 以下は造影検査を受けられる方のみお答え下さい 】 ※MRCP 検査は造影検査ではありません**

1 1.	以前に造影MRI 検査を受けられた方はお答え下さい	
	その時体調に変化はありましたか? _____	はい ・ いいえ
	「はい」と答えられた方 : 具体的に ( _____ )	
1 2.	喘息やアレルギー (他の造影剤も含む) がありますか? _____	はい ・ いいえ
1 3.	透析中又は、腎臓の機能が悪い、腎不全と言われた事がありますか? _____	はい ・ いいえ

MR I 検査前チェックリスト (紹介元医療機関担当者が記入)

A：検査確認事項 ※不明な点は、豊岡病院放射線技術科 (MRI 室) にお問い合わせ下さい

検査不可 ※該当する場合、検査不可

- MRI 非対応ペースメーカー (PM)
MRI 非対応埋め込み型除細動器 (ICD)
MRI 非対応脳脊髄刺激療法電極 (SCS)
体内埋込式インスリンポンプ
眼など決定臓器に位置する強磁性体の破片
人工内耳

場合により検査不可 ※該当するが検査を行う場合、下記の承諾書に署名が必要

【 頭部 / 頸部 】

- シャントバルブ (撮像後調整 有・無)
血管内ステント
体内側に磁石を使用した義歯
脳動脈瘤クリップ
頭蓋骨固定器具
その他金属 / 機器類 ( )
脳動脈瘤コイル
ステイプル

【 胸部 / 上腹部 / 骨盤部 / 脊椎 ( 頸椎・胸椎・腰椎 ) 】

- MRI 対応 ( PM / ICD / SCS )
消化管内金属ステント
固定用金属 (プレート / ボルト)
胸骨ワイヤー
イレウス管
その他金属 / 機器類 ( )
血管内ステント
皮下用ポート
体内用結紮クリップ
避妊用ペッサリー

【 四肢 ( 部位 : ) ( 部位 : ) 】

- 人工関節 ( 左・右 )
皮下用ポート ( 左・右 )
固定用金属 (プレート / ボルト) ( 左・右 )
その他金属 / 機器類 ( )
髄内釘 ( 左・右 )

【 その他 】

- 狭い所、暗い所が苦手 (閉所恐怖症など)
長時間、同じ姿勢を維持できない
ジェルネイル・まつ毛等エクステンション
グルコースモニターシステム & モニター (リブレ)
入れ墨・眉墨・除去不可能なアートメイク
13 週未満の妊婦
経皮吸収型持続性疼痛治療薬
除去不可能な金属 (指輪・ピアス・金属片など含む)

MRI 造影検査 / ※MRCP 検査は非該当 ※該当するが検査を行う場合、下記の承諾書に署名が必要

【 禁忌 】

- ガドリニウム造影剤過敏症 (重篤な副作用歴あり) ※該当する場合、検査不可

【 原則禁忌 】

- 腎機能 sCre1.2 以上又は eGFR30 未満
透析中
喘息
アレルギー ( )

【 慎重投与 】

- 腎機能 eGFR30 以上 60 未満

造影検査必須項目 : □ eGFR または □ Cre (数値 / 年 月 日) ※3ヶ月以内

□すべて該当なし

問診記入者 (紹介元医療機関担当者) (署名) 記入日 年 月 日
※変更後 再記入者 (豊岡病院 放射線科スタッフ) 記入日 年 月 日

【 承諾書 】

私はMR I 検査において、上記に該当項目があるが検査を受けることについて、
医師から説明を受け、理解した上でこれに同意し検査を受けることを承諾します
患者様、又は代理人様 (自署) ( 続柄 )
主治医 / 問診医 (署名または捺印) 記入日 年 月 日