

【 MRI検査 予約時間診票 】

★ MRI検査では、強い磁石と電磁波を利用しています。

検査を安全に行うために、以下の項目に対し、ある・なしのチェック をしてください。

※あるに該当する方で MRI 検査に関する条件カードをお持ちでしたらあらかじめご提示ください。

①キケン:「ある」に該当する方は、MRI 検査を受けることができません。

| ある | ない | 項目 |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 心臓ペースメーカー ・ 植込み型除細動器 (ICD) ※条件付き MRI 対応ペースメーカーは、 <u>当院でデバイス管理している方のみ対応可能です。</u> 当院でペースメーカチェックをしている方は、ご相談ください。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 人工内耳 ・ 人工中耳 (条件付き MRI 対応も含む) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 体内神経刺激装置、深部脳刺激装置 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 圧可変式バルブシャント (脳室シャント) ※磁力で流量が変動する脳室シャント。MRI 検査後は調整が必要 (当院では検査不可)。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 眼の中の金属 (金属研磨にて入った金属片や刺さったままの金属片 など) |

②注意:「ある」に該当する方は、MRI 検査可能な材質か 確認していただく必要があります。

※MRI 非対応の金属は検査が出来ません。また、確認がとれない金属は検査が出来ない場合もあります。

| ある | ない | 項目 |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 脳動脈瘤クリップ (手術した時期: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 心臓人工弁 (手術した時期: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 大動脈ステントグラフト (手術した時期: _____) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 内視鏡下止血クリップ (ポリープとった後の止血など) (時期: _____) ※止血クリップは MRI 非対応のものもあります。目安として検査までに <u>1ヶ月経過していない場合</u> はクリップを入れた施設にてご確認ください。 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 歯並びの矯正器具、磁力で着脱する義歯 ※かかりつけ歯科に、歯列矯正の都合上 MRI 検査をうけて問題無いか、また、ニッケルやコバルトクロムなど磁場に影響する金属を使っていないか、ご確認ください (問題ある場合は要相談)。 |

③上記以外。

| ある | ない | 項目 |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 上記以外で体内に金属や人工的なもの、異物などありますか？ 例: 血管内への挿入金属 (ステント・コイル・フィルター)、骨固定金属、人工関節 など ※血管内挿入金属 (心血管ステントなどは) <u>原則挿入後 8 週あけて検査可能です。</u> <input checked="" type="checkbox"/> ある場合 → <u>どこに</u> _____ <u>なにが</u> _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (女性の方のみ) 妊娠中または妊娠の可能性がある (原則禁忌)。 |

④以下のものは、MRI 検査の際 はずす必要があります。

- ・補聴器 ・入れ歯 ・かつら ・増毛パウダー・増毛スプレー
- ・カラーコンタクトレンズ ・持続血糖測定器具 (リブレセンサーなど)

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日 患者氏名: _____ (代筆者氏名): _____