

MRI検査を受ける患者様へ(MRI外来チェックリスト)

患者氏名：

問診日：西暦 年 月 日

MRIとは、強い磁石と電波を使って身体の内部の状態を検査する方法です。(検査時間は通常30分～45分です)
MRIを安全に受けていただくために以下の質問にお答えください。

1	心臓ペースメーカーの植え込みをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	『はい』の場合、 検査はできません
2	植え込み型除細動器(ICD)の植え込みをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	人工内耳の植え込みをしている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
4	磁石により装着する義眼をつけている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
5	血糖測定器を装着している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	『はい』の場合、 検査可能かの確認が 必要です
6	2000年以前に、脳動脈瘤の手術を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
7	水頭症の手術を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
8	血管や管(胆管・尿道・気管支)を広げる治療をしたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
9	機械や磁石を用いた装置を入れる手術を受けたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
10	妊娠をしている、または可能性がある ※女性のみ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
11	閉所恐怖症がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
12	刺青がある (火傷・変色の可能性あり)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
13	金属研磨業で働いたことがある (失明の可能性あり)	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
14	補聴器を使用している	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

◆造影MRI検査時チェック項目

1	造影MRI検査で副作用が発生したことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	『はい』の場合、 造影MRIは原則禁忌 となります
2	重篤な腎障害がある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
3	3-1 気管支喘息の診断をうけたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	『はい』の場合、 造影MRIは原則禁忌 となります
	※3-1が『はい』の場合、 現在治療中である	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
	※3-1が『はい』の場合、 5年以内に発作が起きたことがある	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	

※検査前に外していただくもの

アイシャドー・マスカラなどの化粧・入れ歯・時計・携帯電話・鍵・湿布
ピップエレキバン・カイロ・ヘアピン・髪留め・かつら・カラーコンタクト

※その他、心配なことがありましたら、声をおかけください。

説明者氏名： _____

造影	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
造影剤同意書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 渡し済み
造影剤検査の場合 クレアチニン値	検査日
	値

順天堂大学医学部附属静岡病院(地域医療連携用)