

MRI検査 事前調査票 (予約前に必ず確認してください)

○MRI検査は地場と電磁波を利用し、身体の断層像や血管像を撮影する検査です。しかし、手術等により体内に機械や金属が存在する場合、それらの移動や発熱の可能性があり、不慮の事故が起こる恐れがあります。

検査を安全に行うために下記の質問にお答え下さい。また、検査自体は出来ても、体内金属が画像に影響を与える可能性もあります。

○下記の質問 **1～5** に該当する方は**MRI検査禁忌事項**です。また、15～19は検査前に外して頂きます。

○検査当日は、**化粧・整髪料は使用しないで来院して下さい。**

●MRI禁忌事項(MRI検査を受けることが出来ません)

- | | |
|---------------------------|---|
| 1. 心臓ペースメーカー | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 2. 冠動脈バイパスクリップ | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 3. 人工内耳 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 4. 歯の矯正 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 5. 磁石で固定するタイプの差し歯(インプラント) | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |

●MRI検査について

- | | |
|------------------------|--|
| 6. 30分程度静止した状態をたもてますか？ | <input type="checkbox"/> はい ・ <input type="checkbox"/> いいえ |
| 7. 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |

●体内金属等について(発熱、移動の危険があります)

- | | |
|------------------------------|--|
| 8. 経皮吸収ニトログリセリン製剤 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 9. 脳動脈クリップ | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 10. 手術により体内に金属が入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
どこに(部位) _____ |
| 11. 事故・戦争・ケガなどで体内金属が入っていますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい
どこに(部位) _____ 何が _____ |
| 12. 人工心臓弁 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 13. 鼓室形成術 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 14. スtent | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有
どこに(部位) _____ |
| 15. コンタクトレンズ | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 16. 経皮吸収ニコチン製剤 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 17. 入れ歯・外す事の出来る差し歯 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 18. 義眼・義肢・義足 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 19. 補聴器 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |

●刺青等について(やけど、発赤、熱感、退色などの可能性があります)

- | | |
|--------------------------|---|
| 20. 刺青 | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |
| 21. 美容刺青(眉・パーマメントアイライン等) | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 |

●女性の方のみお答えください(妊娠・胎児に関するMRI検査の安全性が確認されていません)

- | | |
|------------------------|--|
| 22. 現在妊娠している可能性がありますか？ | <input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい |
|------------------------|--|

●体重 ()kg