# ＭＲＩ検査問診票・同意書

問診日　　氏名　　様　生年月日　　体重＿＿＿Kg

## 検査当日落合病院にて再度問診を行います。
## 安全な検査を行うために事前に確認をお願いします。

1.MRI検査を受けたことがありますか？　□いいえ　□はい

いつ＿＿＿＿＿＿＿＿　どこ＿＿＿＿＿＿＿＿

2.体内に下記のような医療用金属・機器が装着されている可能性がありますか？
**※下記のような医療用金属・機器がある方は当院ではMRI検査を行うことができません。**

・心臓ペースメーカ（MRI対応を含む）、埋め込み型除細動器：ICD　□いいえ　□はい

・人工内耳、神経・骨成長刺激装置などの電子装置　□いいえ　□はい

・圧可変式バルブシャントシステム(脳室シャント)　□いいえ　□はい

3.体内外に下記のものがある可能性がありますか？
**下記の体内金属は材質・手術時期・MRI対応であるか注意が必要です。**
はいに☑がある方は対象のものに〇をして治療・手術機関に**MRI対応の確認**をお願いします。

・脳動脈クリップ・コイル　□いいえ　□はい

・埋込型心電計　人工心臓弁　ｽﾃﾝﾄ(心臓・血管・尿管)　□いいえ　□はい

・脊椎固定具　人工骨頭　人工関節　整形外科手術による金属　□いいえ　□はい

・ 内視鏡クリップ　歯科矯正　歯科インプラント　避妊リング　□いいえ　□はい

4.下記の該当するものを使用中ですか？
はいに☑がある方は対象のものに〇をして**取り外し**をお願いします。

・金属を含む貼り薬を使用していますか？　□いいえ　□はい
(※主な禁止薬　ニュープロパッチ®　ニコチネルTTS®　ノルスパンテープ®　ニトロダームTTS®)

・糖尿病関連機器(ﾌﾘｰｽﾀｲﾙﾘﾌﾞﾚ・DexcomG7・ｲﾝｽﾘﾝﾎﾟﾝﾌﾟなど)　□いいえ　□はい

・義眼　義肢　義歯　補聴器　DIBｷｬｯﾌﾟ(磁力ｷｬｯﾌﾟﾊﾞﾙｰﾝｶﾃｰﾃﾙ)　□いいえ　□はい

・ｶﾗｰｺﾝﾀｸﾄ　増毛ｽﾌﾟﾚｰ　金属・磁石を使用した美容品　□いいえ　□はい

5.その他に装着中または体内金属、人工物等があれば記入してください。

6.仕事、けがにより金属片・金属粉が眼球内または体内に入っている可能性がありますか？
（鉄工所勤務など体内外に付着している可能性がある方を含む）　□いいえ　□はい

7.刺青（タトゥー）、アートメイクがありますか？　□いいえ　□はい
はいに☑のかたは別紙の同意書をご記入ください

8.閉所恐怖症ですか？　□いいえ　□はい

9.妊娠またはその可能性がありますか？(女性のみ)　□いいえ　□はい

**※上記のみに関わらず不明な点は必ず医師、看護師に確認をお願いします。**

問診確認医師＿＿＿＿＿＿＿＿