

MRI 検査安全性確認票

確認日 年 月 日

患者氏名

生年月日

大・昭・平・令 年 月 日

|               |                 |
|---------------|-----------------|
| 身長 cm / 体重 kg |                 |
| 過去のMRI検査歴     | 有 ( 年 月頃)       |
|               | ( 加茂病院にて・他院にて ) |
|               | 無               |

〈 安全性確認票がない場合は検査できません 〉 ”有”の場合は具体的に記入してください。

|                                                                                |    |    |                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------|
| ●心臓ペースメーカー、もしくは<br>その他の電子部品や電極<br>(人工内耳・人工中耳・ペーシングワイヤー・<br>スワンガンツカテーテルなど)      | 無  | 有  | (心臓ペースメーカー装着の方は検査できません。)                                                          |
| ●体内金属<br>(動脈クリップ・人工心臓弁・血管ステント・<br>静脈フィルター・人工関節・プレート・メッシュ・<br>シャントバルブなど)        | 無  | 有  | (脳動脈クリップ・人工心臓弁は製品名による確実な<br>安全情報がなければ検査できません。)<br><br>●できれば挿入した年(最近なら月)も記入してください。 |
| ●手術歴<br>(特に胸部や頭部の手術歴があり、他院での<br>手術等で問診での情報が確実でない場合は<br>必ずX-PやCTで安全性を確認してください。) | 無  | 有  |                                                                                   |
| ●妊娠またはその可能性<br>(胎児に対する安全性は確立されていません。)                                          | 無  | 有  |                                                                                   |
| ●眼の中などに金属片のささる可能性のある<br>事故歴あるいは職歴                                              | 無  | 有  |                                                                                   |
| ●入れ墨(やけどの可能性あります。)                                                             | 無  | 有  |                                                                                   |
| ●30分程度の安静(仰臥位)                                                                 | 可能 | 不可 |                                                                                   |
| ●付属物<br>(義眼・義肢・ストーマバッグの金具・<br>鍼灸留置針・アルミ製の薬剤パッチなど)                              | 無  | 有  | (ニコチネル・ニトロゲームはやけどした例があります。)                                                       |
| ●てんかんのような発作                                                                    | 無  | 有  |                                                                                   |
| ●閉所恐怖症                                                                         | 無  | 有  |                                                                                   |

|            |         |
|------------|---------|
| MRI検査実施の可否 | 可能 ・ 不可 |
|------------|---------|

以上確認しました。

依頼医師サイン

確認日 年 月 日

確認医師サイン