

裏面もごさいます。
必ずお読みください。

MRI 検査問診票/検査同意書

お名前	フリガナ	記入年月日	年	月	日
	男・女	身長	cm	体重	kg

MRI 検査は強い磁力と電波を使用して検査を行います。
安全に検査を受けていただくために、以下の質問にお答えください。

- 心臓ペースメーカーを使用していますか？ はい ・ いいえ
 - 手術の既往がありますか？ いいえ ・ はい 歳頃 部位 _____
 - 体内に金属がありますか？ いいえ ・ はい 具体的に _____
(金属例：脳動脈瘤クリップ・ステント・人工関節等の医療金属、鉄片等の磁性体金属)
 - 過去に MRI 検査を受けたことがありますか？ いいえ ・ はい 歳頃 部位 _____
 - 閉所恐怖症（狭いところが苦手）ですか？ はい ・ いいえ
 - ニトロダーム TTS・ニコチネル TTS 等、貼付薬を貼っていますか？ はい ・ いいえ
 - 現在妊娠中または妊娠の可能性がありますか？ はい ・ いいえ
 - 造影剤を使用した検査を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ
『はい』の方、
造影剤を使用する際、気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？ はい ・ いいえ
 - “喘息”または“腎臓・肝臓が悪い”と言われたことがありますか？ はい ・ いいえ
- 検査の前に下記のチェックもお願いします。
- 指輪・時計・ピアス・ヘアピン等の金属類を身につけていますか？ はい ・ いいえ
 - 眼鏡・コンタクトレンズを装着していますか？ はい ・ いいえ
 - 義歯・インプラントを装着していますか？ はい ・ いいえ
 - 補聴器をつけていますか？ はい ・ いいえ
 - マスカラ・アイシャドー等の化粧をしていますか？ はい ・ いいえ
 - ワイヤー等の金属のついた下着を身につけていますか？ はい ・ いいえ
 - 保温用下着（ヒートテック等）を着ていますか？ はい ・ いいえ
 - カイロ・エレキバン・湿布をつけていますか？ はい ・ いいえ
 - 磁気カードや電子機器類を携帯していますか？ はい ・ いいえ
 - 刺青・タトゥーがありますか？ はい ・ いいえ
『はい』の方、
火傷や変色の可能性があります、検査に同意されますか？ はい ・ いいえ
- 裏面もしっかりお読みになり、ご理解された上でMRI検査受診に同意されますか？ はい ・ いいえ

こちらは裏面になります。
表面からお読みください。

MRI検査を受診される方へ

MRI検査は、強力な磁石の力を利用して検査を行いますので、放射線被曝はありません。

ただし、金属類や磁気を帯びたものを持ち込んだ場合、

- ① 人体に危険が及ぶ ②画像に影響を及ぼす ③装置が故障・破損する 可能性があります。

当施設では下記に該当する方は、検査をご遠慮させていただいております。

必ずスタッフに申し出てください。(相談・確認の上で実施の可能性もあります。)

- ・体内に下記を装着または埋め込まれており、体から取り外せない方

心臓ペースメーカー	体内除細動器(ICD)	人工内耳・中耳
心臓や血管内の金属類、人工物(クリップ、コイル、ステント、人工血管・人工弁、シャント、リード線、下大静脈フィルターなど)		
本格矯正装置(マルチプランケットシステム)	マグネット式インプラント	可動型義眼
スワンガンツカテーテル	ステントグラフト	医療用体内刺激装置
体内埋め込み型インシュリンポンプ	人工骨頭・人工関節	磁石式人工肛門・導尿管
避妊リング	その他(金属類、機械、人工物)	

- ・事故や職業などの影響で体内(眼窩・皮下等)に磁性体の破片がある方
- ・軀幹全体に刺青やアートメイクのある方
- ・妊娠中または妊娠中の可能性のある方
- ・閉所恐怖症の方
- ・発熱疾患・心不全・その他著しい体調不良の方

検査に影響を及ぼすものは身につけないよう、ご協力をお願いします。

- ・アイシャドウ、マスカラ、アイライン、ネイルアート、ラメ等の金属物質(酸化鉄等)を含むお化粧品はお控えください。
- ・以下のものは全て身体から外してください。

金属類		ヘアピン	コンタクトレンズ	眼鏡
アクセサリ	補聴器	時計	小銭・財布	鍵
ベルト	万歩計	金具のついた下着	義手・義足	置き鍼
磁気を帯びているもの		磁気カード類	エレキバン	
身体に貼りつけるもの		湿布	ニコチネル TTS(禁煙補助薬)	
ニトダーム TTS(経皮吸収ニトログリセリン製剤)				
その他		保温用下着(ヒートテック等)	カイロ	
かつら類(ヘアファンデーション等)		携帯電話・スマートフォン	外せる義歯	

- ・上記以外の金属類や人工的なものを身につけている場合も外していただくことがあります。スタッフに申し出てください。

ご不明な点がございましたら、下記までお問合せください。

TEL **022-217-6678**



一番町健診クリニック
ICHIBANCHO MEDICAL CHECKUP CLINIC