

MRI 檢查問診票（紹介患者様用）

令和元年 05 月改定

※ 当日、こちらの用紙をお持ちください。同意書は、来院時に取らせて頂きます。 ※

氏名（ご署名下さい）		検査当日技師確認欄				
生年月日 M・T・S・H・R 年 月 日 記入年月日 令和 年 月 日		<ul style="list-style-type: none"> ● ブスコパン・グルカゴンの使用について。 <input type="checkbox"/> 自動車等で来院していない ● その他 <input type="checkbox"/> 前立腺、膀胱は排尿制限（1時間程度） 検査実施日 _____ 技師確認サイン（_____）				
患者様ご記入欄						確認欄
1. ペースメーカーまたはICD（植え込み型除細動器）を装着している。		ない	ある	禁 忌	「ある」の方は、 検査不可です。	
2. 人工内耳や神経刺激装置を装着している。		ない	ある			
3. 圧可変式バルブシャントを装着している。		ない	ある			
4. 手術やカテーテル治療などで金属が体内に入っている。 例）人工関節、義眼、脳動脈クリップ、ステント、カテーテル、 避妊リング、血管塞栓コイルなど		ない	ある	注 意 が 必 要	「ある」の方で、 「3T（3テスラ）の MRI装置に対応して いない」場合は、 当院では、MRI検査 を受けられません。 「ある」の方は、場 合によっては中止 になる事がございます。 ご不明な点が ございましたら、 地域医療連携室ま でご連絡下さい。	
いつ頃（ ）何の手術ですか（ ）		ない	ある			
※ 体内的ものが3T（3テスラ）のMRIに対応していないインプラント (金属・機器)の場合、当院のMRI検査を受けることはできません。 ご不明な場合は治療・手術をされた病院へお問い合わせ頂き、「3T（3テスラ）のMRI装置に対応しているインプラントである」ことをご確認ください。		ない	ある			
5. 3ヶ月以内に内視鏡の治療（クリッピング）を受けたことがある。		ない	ある			
6. 金属加工業などの職業に従事している。過去に従事していた。		ない	ある			
7. 刺青（いれずみ）、眉墨、アイラインをしている。		ない	ある			
8. 磁石で固定する入れ歯をしている。		ない	ある			
9. 閉所恐怖症である。		ない	ある			
10. 疼痛で、長時間（20～40分）の仰向けでの姿勢が保てない。		ない	ある			
11. 女性のみお答えください。妊娠しているまたはその可能性がある。		ない	ある			
12. 現在の身長と体重を教えてください。（ cm）（ kg）※ 必ずご記入ください。						
13. 腹部の検査（肝臓以外：MRCP、泌尿器系など）を受けられる方のみお答えください。						
(a) ブスコパンについて該当する項目がありますか。 ①ブスコパン注射で副作用・アレルギー ②縁内障 ③心疾患 ④前立腺肥大 ⑤現在治療中の出血性大腸炎 ⑥現在治療中の麻痺性イレウス		ない	→	ブスコパン使用	使用薬剤決定 いずれかに □ブスコパン □グルカゴン □薬剤なし ＊両薬剤が使用でき ない場合は薬剤 なしで検査を行 います。	
		ある	→	グルカゴン確認 (b)へ		
(b) グルカゴンについて該当する項目がありますか。 ①グルカゴン注射で副作用・アレルギー ②糖尿病 ③褐色細胞腫		ない	→	グルカゴン使用		
		ある	→	薬剤なし		