

\*\*\*\*\*

【MRI 検査のための問診表】

受診者様記載欄

		受診者氏名	様
次の内容についてお答え下さい。		記載日	年 月 日
①	心臓ペースメーカー・埋込型除細動器（ICD）	（あり	なし）
②	神経刺激装置（脊髄等へ電気刺激を与え症状緩和する装置）	（あり	なし）
③	髄液シャント	（あり	なし）
④	人工心臓弁	（あり	なし）
⑤	人工内耳	（あり	なし）
⑥	整形外科領域インプラント（人工骨頭・人工関節・プレート等）	（あり	なし）
⑦	クリップ・ステント・コイル・フィルター（心臓・血管・消化管等）	（あり	なし）
⑧	その他のインプラント（義歯・義眼・義肢等）	（あり	なし）
⑨	閉所恐怖症や腰痛等で 30 分以上寝てられない	（あり	なし）
⑩	埋込型インスリンポンプ	（あり	なし）
⑪	女性のみ；現在、妊娠又はその可能性	（あり	なし）
⑫	入れ墨	（あり	なし）

※問診結果によっては検査できない場合があります。ご了承下さい。

※上記項目の治療時期・内容・病院名（MRI に対応しているかの確認に使用します）

①	②	③
④	⑤	⑥
⑦		

医療機関（依頼医）確認欄

上記問診内容のいずれかが あり の場合、MRI 撮影不可または条件付きで撮影可能となります  
詳しくはお問い合わせください

条件付きで撮影可能な例

- ◇ 心臓ペースメーカー  
ペースメーカー手帳等で MRI 対応型かを確認できます  
ペースメーカーは 3 テスラ MRI 対応で（ある ない） 対応でない場合は撮影不可です  
検査には循環器医師の診察・業者立ち会いによるペースメーカーの設定変更が必要です  
※必ず予約前に問合せをお願いいたします
- ◇ 髄液シャント  
検査には脳外科医師によるシャントの設定変更が必要です  
※必ず予約前に問合せをお願いいたします
- ◇ その他のインプラント  
MRI 対応か判らない場合は治療を行った医療施設に問い合わせる等で確認お願い致します  
インプラントは MRI 対応で（ある ない） 対応でない または不明の場合は撮影不可です
- ◇ 入れ墨は熱傷や変色の可能性がありますので同意が必要です