【病診連携紹介用】

MRI 検査を受けられる患者様へ（お願い）

MRI 検査を始める前に、担当者があらかじめ検査を受ける患者様の状態を把握し、検査を安全でスムーズに行う為に、以下のご質問にお答え下さい。

診療科　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　記録日：　　年　　月　　日

患者ＩＤ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1. 心臓ペースメーカーをつけていますか？（絶対禁忌）　　はい　・　いいえ

2. 以前に MRI 検査を受けたことがありますか？　　はい　・　いいえ

3. 質問２で「はい」と答えられた患者様のみ、以前の検査部位と年月また医療機関名を記入下さい。

   検査部位＿＿＿＿＿＿　・　平成　　年　　月頃　・　＿＿＿＿＿＿病院・医院

4. 体内に金属物がありますか？　　はい（※）　・　いいえ

   ※「はい」と答えられた患者様のみ、下記の該当するものを丸で囲って下さい（複数回答可）。
   脳動脈瘤クリップ・コイル・人工弁・人工関節・人工骨頭・血管ステント・ワイヤー・静脈ポート
   義眼・人工内耳・補聴器・義歯（入れ歯）・矯正具・義肢・インプラント・コンタクトレンズ
   緑内障治療用ステント
   その他記載（例:アートメイク・ネイルアート・刺青・かつら・貼り薬：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）
   輸液・シリンジポンプ（持ち込めません）・心電図モニター電極（外して下さい）

5. 不整脈はありますか？　　はい　・　いいえ

6. （女性のみお答え下さい）妊娠、または妊娠の可能性はありますか？　　はい　・　いいえ

7. 体重を教えて下さい（大まかな数値で構いません）。　　＿＿＿＿＿ｋｇ

検査は筒状の装置の中で仰向けの姿勢で 30 分程度かかります。検査中は大きな検査音が鳴ります。人によっては汗をかく場合もあります。検査中の御用はお渡しするブザーでお知らせ下さい。撮影する部位によって長時間に及ぶ検査、造影剤の使用、うつ伏せによる検査、お薬の経口投与、筋肉注射などをお願いする場合もありますのであらかじめご了承下さい。検査へのご理解とご協力をお願いいたします。

技師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　　　看護師名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿