

MR I 検査問診票および同意書

氏名 _____ 様

当院記入欄
(当院チェックでは何か)
あり・なし

★必ずA・B・Cのチェックをお願いいたします。

A. ペースメーカーの確認

- 心臓ペースメーカーはありますか? : なし →Bへ : あり →次の質問へ
- MRI 対応のペースメーカーですか? : はい →Bへ : ない場合は検査不可

B. 検査歴の確認

- 当院でMR I を施行したことはありますか? : なし →①へ : あり →次の質問へ
- 前回の検査から手術歴に変わりありますか? : なし →Cへ : あり →①へ

① 全ての検査(単純・造影)

禁忌事項 (ありの場合は検査できません。全てなしの場合は、Cへ)

- 体内に以下の物はありますか? : なし
不明な金属異物、刺激電極装置（人工内耳/脳深部刺激装置）、リブレ2（糖尿病管理システム）
- 1989年以前の脳動脈瘤クリップはありますか? : なし
- 2004年以前の金属コイル・金属ステントはありますか? : なし
- 2009年以前の心臓人工弁・弁輪はありますか? : なし

C. 造影検査の有無の確認

- 造影検査をしますか? : なし →③同意書へ : あり →②へ

② 造影検査の場合のみ

下記に一つでも該当する場合は、造影はできません。

- 造影剤アレルギー (MRI・CT・血管造影等) はありますか? : なし
- 過去3年以内に気管支喘息の治療歴はありますか? : なし
- 腎機能障害はありますか? : なし

eGFR 30未満・透析中/急性腎不全・過去7日以内に造影 MRI 検査歴のある方は、造影検査を行うことはできません。腎機能の低下や造影検査の頻回施行により、稀に腎性全身性線維症が発症することがあります。
半年以内の腎機能測定値をもとにご判断ください。

③同意書

長野市民病院長 殿

私は、MRI 検査につき説明を受け、理解したうえで検査の実施に同意いたします。

西暦 年 月 日 患者本人署名 _____

親族/代理人署名 _____ 続柄() _____

当院問診担当医師 :

検査実施者 :