

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
(確認者)

★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 ☐：なし →次の質問へ

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）

- ・体内に以下の物がありますか？ ☐：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：