

MRI検査チェックリスト

長野市民病院

ID番号 _____ 氏名 _____

検査予定 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分
 検査部位 _____

依頼医療機関 _____ 依頼医: _____ 記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

| | | |
|------------------------------|-------------|-----------------------------|
| MRI検査施行に必須です。 必ず記載してください。 | 身長 _____ cm | 更新日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |
| | 体重 _____ kg | 更新日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 |

☆全ての単純・造影検査で記入

| | | |
|-----------------------|---|-----------------------------------|
| 心臓ペースメーカー・人工内耳などの刺激電極 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 原則禁忌・個別対応マニュアル参照 |
| 体内・体表金属 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 検査可否の判断が必要(検査室に確認) |
| 手術材料・外傷異物 | コンタクトレンズ | 部位 _____ |
| 内視鏡クリップ | 経皮吸収貼付剤 | 材料名 _____ |
| 歯列矯正用ワイヤー | 避妊リング | 材質 _____ |
| 義眼・義眼台 | 皮下ポート | 手術・受傷年月 _____ |
| | 補聴器 | |
| かつら・付け毛 | | |
| 刺青・アートメイク | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 別途同意書の取得が必要 |
| 閉所恐怖症 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 検査不能・検査中断の可能性あり |
| 発汗障害 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 原則禁忌 検査適応再検討が必要 |
| 妊娠中もしくは妊娠の可能性 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 妊娠 _____ 週 不明 4から16週は禁忌 原則造影禁忌 |

☆腹部・骨盤の単純・造影検査で記入

| | | |
|-------------------------|---|-----------|
| 緑内障・前立腺肥大・出血性大腸炎・重篤な心疾患 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | ブスコパン使用禁忌 |
|-------------------------|---|-----------|

☆全ての造影検査で記入

| | | |
|--|--|--|
| MRI造影剤の過敏症歴 | <input type="checkbox"/> :使用歴なし <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 造影剤名: <input type="checkbox"/> :詳細不明 禁忌 <input type="checkbox"/> :中等症以上の過敏症 禁忌 <input type="checkbox"/> :軽症の過敏症 原則禁忌 <input type="checkbox"/> :非過敏症性 造影剤変更 |
| 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | <input type="checkbox"/> :3年以内の治療歴 原則禁忌 <input type="checkbox"/> :3年以上無治療 |
| 他のアレルギー | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 慎重投与 |
| 両親・兄弟のアレルギー体質 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 慎重投与 |
| 重篤な肝障害 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 原則禁忌 |
| 肝特異性造影剤の禁忌・原則禁忌項目 肝・胆・膵検査の場合に記入 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | <input type="checkbox"/> :全身状態が極度に不良 EOB禁忌 <input type="checkbox"/> :出血している SPIO禁忌 <input type="checkbox"/> :ヘモクロマトーシス SPIO禁忌 |
| 授乳の有無 | <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 特定造影剤使用・検査後24時間授乳制限 |
| 腎機能 採血日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 eGFR _____ ml/min/1.73m ² (Crtn _____ mg/dl) | <input type="checkbox"/> :eGFR 60以上 | 過去7日以内の造影MRI検査 <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり 原則禁忌 <input type="checkbox"/> :eGFR 30以上 60未満 特定造影剤使用 <input type="checkbox"/> :eGFR 30未満 原則禁忌 <input type="checkbox"/> :透析中・急性腎不全 禁忌 |

| | | | | | |
|--|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|--|
| 検査室使用欄 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> :同意書確認 | 腎機能再検査 | <input type="checkbox"/> :不要 | <input type="checkbox"/> :要 | eGFR | |
| 禁忌項目 <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | 刺青同意書 | <input type="checkbox"/> :不要 | <input type="checkbox"/> :要 | <input type="checkbox"/> :確認チェック | |
| 原則禁忌項目 <input type="checkbox"/> :なし <input type="checkbox"/> :あり | アレルギー予防処置 | <input type="checkbox"/> :不要 | <input type="checkbox"/> :要 | <input type="checkbox"/> :確認チェック | |
| | 造影剤変更 | <input type="checkbox"/> :不要 | <input type="checkbox"/> :要 | <input type="checkbox"/> :確認チェック | |
| シャント圧調整 <input type="checkbox"/> :不要 <input type="checkbox"/> :要 | マクロ環造影剤 | <input type="checkbox"/> :不要 | <input type="checkbox"/> :要 | <input type="checkbox"/> :確認チェック | |
| <input type="checkbox"/> :予定通り終了 | <input type="checkbox"/> :予防処置追加 | <input type="checkbox"/> :造影中止 | <input type="checkbox"/> :検査中止 | 確認者 | |
| | | | | 中止理由 | |