



# 【問診票】MRI検査

検査日： 年 月 日  
記入日： 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_ 様 ( \_\_\_\_\_ ) 体重 \_\_\_\_\_ kg

MRI 検査を安全に行うために、下記の質問に正確にお答えください。

## 1. MRI は非常に強い磁場を使った検査です。

体内に以下のような金属類や、器具類はありますか。

心臓ペースメーカー	なし	あり	
人工内耳	なし	あり	
神経刺激装置	なし	あり	
脳動脈クリップ	なし	あり	手術： 年頃
心臓や血管内の金属物（ステント、コイル、人工血管、フィルターなど）	なし	あり	手術： 年頃
人工心臓弁	なし	あり	
圧可変式バルブシャント（水頭症の手術）	なし	あり	
消化管出血の止血クリップ マーキングクリップ	なし	あり	
胆管、食道、気管などの金属ステント	なし	あり	部位：
整形外科的金属（人工関節、ピンなど）	なし	あり	部位：
入れ墨	なし	あり	部位：
歯科インプラント	なし	あり	
コンタクトレンズ	なし	あり	※検査時は外していただきます
その他の体内金属異物	なし	あり	部位：

## 2. その他、次のうち当てはまるものがありますか。

閉所恐怖症	なし	あり	
妊娠中または妊娠の可能性（女性のみ）	なし	あり	

## 3. 腹部、骨盤部の検査を受けられる方にお聞きします。

腹部や骨盤部の検査では腸管の動きが画像に影響を与えるため、腸管の動きを抑制する薬を注射します。しかし、この薬は以下のような方には注意が必要です。次の疾患がありますか。

緑内障	なし	あり	
心臓の病気	なし	あり	病名：
前立腺肥大（男性のみ）	なし	あり	

※内容について不明な点がございましたら、担当医もしくはスタッフにおたずねください。

佐久総合病院 MRI 検査室

平成 29 年 10 月 1 日改訂