

検査年月日

患者 ID
患者氏名
生年月日

MRI 検査 安全確認 問診票

1. 体内に植え込み型電子医療機器はありますか？ なし あり
(ペースメーカー、ICD、人工内耳、神経刺激装置、インスリンポンプなど)

⇒「あり」の方へ 条件付 MRI 対応のものですか？

対応 → (入れた時期____年____月) ※予約の際、MRI 室に相談してください

非対応・不明 → 禁忌です。検査できません。

2. 脳動脈クリップやステントなどがありますか？ なし あり

⇒「あり」の方へ 部位_____ 入れた時期____年____月

* 脳動脈クリップは、材質が確認できない場合検査できません。

* ステントは、挿入後 6 週間以上経過している必要があります。

3. 人工関節・プレートなど体内に固定金属はありますか？ なし あり

⇒「あり」の方へ 部位_____ 入れた時期____年____月

* 体内金属が検査部位の近くにあると、安全性に問題が無くても画像に影響が出る場合があります

4. 刺青・アートメイクはありますか？ なし あり

5. 義歯・義眼（外せるもの）はありますか？ なし あり

6. 閉所恐怖症はありますか？ なし あり

7. 検査中、長時間の静止はできますか？ 可 不可

8. 女性の方へ 妊娠中である可能性はありますか？ なし あり

問診年月日： 年 月 日 確認者： _____

確認年月日： 年 月 日 部門担当者： _____

市立伊勢総合病院 地域医療連携係

TEL【直通】 0596-23-5394

【代表】 0596-23-5111 (内線 1231・1232)

FAX【直通】 0596-29-2576

(2019/04/01 改訂)