**MRI 検査問診票(地域連携検査用)**

**桑名市総合医療センター**

氏名:　　　　　　　　生年月日:

**MRI説明書をよく読んでいただき下記問診票と同意書の記入をお願いします。**

**1．今までにMRI検査を受けたことがありますか。　【　はい　・　いいえ　】**

「はい」 とお答えいただいた方は下記質問にもお答え下さい。

検査を受けた病院はどちらですか。【当院・他院（　　　　　　　　　　　　）】

検査は問題なく終了しましたか。【はい・いいえ】

「いいえ」 とお答えいただいた方、どのようなことがありましたか。　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**2.体の中に以下のもの入っていますか。あれば番号に○をつけて下さい。**

・検査できないもの

1. 人工内耳
2. 眼内異物等（鉄片など）
3. 医療用刺激装置（神経刺激装置、骨成長刺激装置など）

----------------------------------------------------------------------

・検査できないことがあるもの

1. 心臓ペースメーカー
2. 心臓用の埋込型除細動器
3. 脳動脈瘤クリップ
4. ステント
5. 心臓の人工弁
6. 外科用クリップ
7. 人工関節
8. 手術用金具
9. 中耳の埋め込み装置
10. 入れ墨、アートメイク
11. 磁石固定の義歯、義眼
12. 内視鏡での止血クリップ
13. 脳外科用シャントバルブ
14. その他金属、異物

上記に当てはまる物が無い方はこちらに○をつけて下さい。

[上記の物は体内にはありません]

**3. 今までに手術、血管内治療（ステントなど）を受けましたか。**

**【いいえ・はい】**

「はい」とお答えいただいた方は分かる範囲で記載してください。

・いつ　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・どこで　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・何を　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**4. 該当する番号に〇をつけてお答えください。**

①　閉所恐怖症　　　　　 ②　女性の方で妊娠中の可能性がある方

**御署名をお願いします。**

　　　MRI 検査を受けることに　　　　①　同意します　　　②　同意しません

　承諾日：　　　年　　月　　日　　患者（代筆者）署名

**主治医記入欄**

造影MRI検査の場合のみ記入(eGFR /ml/min) (30ml/min以下は禁忌)

MRI 検査を　　　①　施行可　　②　施行不可　　③　指示事項（　　　　　　　　）

指示日：　　　年　　月　　日　　医師署名