

MRI および造影剤の問診票

氏名 _____ 生年月日 _____ 御施設名 _____ 記載者名 _____

MRI および造影検査を行う場合には必ず提出をお願いします。

- ・ 事前の確認の為、患者支援センターへの FAX をお願いします。（専用 FAX 0134-25-1600）
- ・ 原本は当日持参してください。
- ・ 記入された情報は安全な検査施行のためにのみ使用します。個人情報保護方針に基づき管理いたします。

【MRI の安全確認】

○MRI 非対応金属 なし あり 下記の機器がある場合 MRI の検査はできません。

- ・非対応ペースメーカー ・非対応・人工内耳 ・人工耳小骨 ・除細動器 ・神経刺激装置 ・スワングアンツカテーテル
- ・強磁性体の破片 ・1970年以前の心臓人工弁 ・Poppen Blaylock 製の頸動脈クランプ ・その他()

※ 上記の装置がある場合の MRI 検査は禁忌となります。

○体内金属 なし あり 手術日 _____

- ・対応ペースメーカー ・ステントグラフト ・心臓人工弁・心臓ステント ・脳動脈脈クリップ
- ・整形領域 金属 部位() ・歯科インプラント ・入れ墨 部位()

※ 上記の機器がある場合は、1.5Tesla 装置で対応する場合があります。（特に撮像部位の近くにある場合。）
3Tesla 装置での検査が必要な場合は事前に MRI にご相談ください。

○取り外しが必要な金属含有製品 なし あり

- ・補聴器 ・入れ歯 ・メガネ ・義眼 ・装具 ・コルセット ・アクセサリ類 ・マスカラ ・ラメ入り化粧品
- ・カラーコンタクト ・ヒートテック(遠赤外線)下着

○取り外しが必要な貼り薬 なし あり

- ・ニトロダーム ・ニコチネル ・ノルспанテープ ・ニュープロパッチ ・湿布 ・カイロ ・エレキバン

○以下に該当する場合は、事前にご相談ください。

- ・脳シャントチューブを入れている方 ・妊娠中の方 ・発熱している方 ・発汗している方 ・閉所恐怖症の方

【造影剤の安全確認】

- ・ 腎機能異常 無 有(あるが検査する.)
- ・ 造影剤使用経験 無 有
- ・ 造影剤副作用歴 無 有(あるが検査する.)
症状()
- ・ アレルギー 無 有()
- ・ 喘息 無 有
- ・ 重篤な甲状腺疾患 無 有
- ・ 重篤な心疾患 無 有
- ・ 重篤な肝機能障害 無 有

造影剤の使用に関して説明・同意済み

医師名 _____

備考 _____

お問い合わせ先
小樽市立病院 患者支援センター
TEL 0134-25-1605(直通)