



MR 検査事前問診票

(共同利用)

地域医療連携センター行  052-892-1315  052-892-1334
 申込み受付時間 平日 8:45~17:00 土曜日 9:00~13:00

MR検査を安全に行うため、対象患者さんに関する下記の事項をご確認ください。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

担当医氏名 _____ (医療機関名: _____)

問診	
下記条件を満たしている場合は□に✓を入れてください	
1. 心臓ペースメーカー(条件付 MRI 対応ペースメーカーを含む)をつけていない。	<input type="checkbox"/>
2. 心臓の人工弁、圧可変式バルブ VP シヤントチューブをつけていない。	<input type="checkbox"/>
3. 人工内耳が入っていない。	<input type="checkbox"/>
4. 人工関節、骨折接合金属が入っていない。	<input type="checkbox"/>
5. 体内に金属が入っていない。 (金属片、ステント、義眼、脳動脈瘤、内視鏡の止血等のクリップ等)	<input type="checkbox"/>
6. 磁石を使った義歯やインプラント、歯科矯正器具を使用していない。	<input type="checkbox"/>
7. 妊娠していない。	<input type="checkbox"/>
8. 閉所恐怖症ではない。	<input type="checkbox"/>
9. 補聴器を使用していない。 (使用している場合は、検査時に外していただきます)	<input type="checkbox"/>

注意点	
<ul style="list-style-type: none"> ● 1.2.3.7.8 のすべてに✓が入らない場合は、原則 お申込みをお受けできません。 ● 4.5.6 のいずれかに✓が入らない場合でも、検査の実施が可能であると担当医が判断される場合は、その理由を下記にご記載ください。 記載例：体内に金属が入っているが、MR検査を実施できる素材であるため。 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 下記に内容を患者さま等へご説明の上、了承を得てください。 1 担当医から実施可能と判断されても、当院での問診の結果、検査を中止する場合があります。 2 検査を受けることにより、患者さまが発熱することや神経刺激を受ける場合があります。 	<input type="checkbox"/> 了承を得た

*「MR(1.5T)検査予約申込票」「MR 検査事前問診表」をFAXしてください。(前診療日×切)