

MRI検査実施判定シート

岩手県立一戸病院

病院名： ○○○びょういん

カナ： ■■■ □□

名前： ■■■ □□

生年月日： H○○.○○.○○

性別： 男性or女性

年齢： ○○歳

検査日時 R ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ○○ 時 ○○ 分

体重	60.0	kg	MRI検査歴	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
不整脈	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	てんかん発作	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり
感染症	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	()		

1、下記の医療機器(器具)が体内にある場合は、検査不可となります。有無をお答え下さい。

- | | | |
|-------------------------|--|-----------------------------|
| ① 心臓ペースメーカ | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ② 植込み型医療機器(刺激電極・除細動器など) | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ③ 人工内耳 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ④ 脳室シャントチューブ | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ⑤ 磁力で付着する義眼 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |

2、下記の質問にお答え下さい。不明な場合、MRI検査前チェックリストを参照して下さい。

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------|--|
| ① 手術・カテーテル治療を受けたことがありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |
| ② 上記で『あり』と答えた方は、その部位に金属はありますか？ | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> あり |

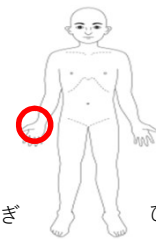
1) 金属がある方は、どの部位をいつ手術・治療されましたか？

部位 (右手関節)

年 (H30)

2) 金属の材質が分かる方はご記入ください。

材質 (チタン)



3、下記に該当する(体にある)場合は、検査不可になる可能性があります。有無をお答え下さい。

- | | | |
|---------------------------|--|-----------------------------|
| ① 閉所恐怖症 | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ② 入れ墨・アートメイク | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ③ 金属の破片(弾丸など)・金属糸(美容形成など) | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ④ 妊娠または妊娠の可能性(女性のみ記入) | <input checked="" type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |

MRI検査についての説明を受け、上記の項目を確認しました。

記入年月日 R ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日

患者氏名(自署) ■■■ □□

③ 保護者または代理人氏名欄は、本人が未成年または署名できない場合にご記入下さい。

保護者または
代理人氏名

(続柄)

上記項目について説明し確認したのでMRI検査を

【 行う 行わない 】

医師名

貴院医師のサイン

④ 職員へ…医師の署名後電子カルテへスキャンをかけ、患者控えとしてお渡しすること