

MRI検査実施判定シート

岩手県立一戸病院

病院名 :

カナ :

名前 :

生年月日 :

性別 :

年齢 :

| 検査日時 | 年 | 月 | 日 | 時 | 分 |
|------|-----------------------------|-----------------------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|
| 体重 | | kg | MRI検査歴 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 不整脈 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり | てんかん発作 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| 感染症 | <input 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 心臓ペースメーカー | <input 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 type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ③ 人工内耳 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ④ 脳室シャントチューブ | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ⑤ 磁力で付着する義眼 | <input 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 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 type="checkbox"/> あり |

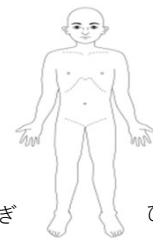
1) 金属がある方は、どの部位をいつ手術・治療されましたか？

部位 ()

年 ()

2) 金属の材質が分かる方はご記入ください。

材質 ()



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 type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> あり |
| ② 入れ墨・アートメイク | <input 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 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 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 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

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