ID:	検査日	検査日 : 年 月 日				伝達事項		
氏名:	検査時間 : 時 分							
						-		
	身長	cm	体重		kg			
MR I	檢查 問	診票【	完外 依	頼用】				
※ 太枠内は全例必須の項目です。問診票は1桁	., ,		• • • • • • • • • • • • • • • • • •	~ >\/ 3 <u> </u>				
① MRI 検査を受けたことはありますか。						はい		いいえ
② 閉所恐怖症(狭いところは苦手)ですか。						はい		いいえ
③ 手術や内視鏡治療等の処置等で、体内に留置、または、体外に取り付けた物はありますか。						はい		いいえ
→「はい」の場合、以下に詳細を記入し								
AIMD (心臓ペースメーカ ・ ICD ・人工内耳 ・ 脳脊髄刺激電極) ・ カプセル内視鏡 ・ 圧可変式シャントバルブ								
磁石式 (義眼・義歯) ・ ポート ・ 内視鏡 (胃/大腸カメラ) クリップ ・ 歯科矯正器具 ・ 歯科補綴物 (インプラント等								
コイル・ ステント・ クリップ・ 人工関節・ 骨関節の固定金属 → 留置部位/時期(
持続血糖測定器 ・ 医薬品自動投与機器 ・ 上記以外の検査時に外せない人工物(④ 入れ墨・アートメイクはありますか。						はい		
						はい()	调	いいえ
● 授乳中ですか。						はい	, , –	
	- ノ ださい				i		1	
以下、職員記入欄 ※①~② は 医師 が記入してください。 ① 上記③ (体内 / 体外留置物) に該当するものはありますか。						該当あり		なし
→ 該当する場合、MRI 適合性について確認し、右欄を記入してください。						3T 可		1.5T 指定
② 上記④ (入れ墨・アートメイク) に該当する場合、火傷のリスクについて説明してください。						-		該当なし
3 上腹部 (MRCP) の検査では画質向上のため経口造影剤 (ボースデル) を約200ml 内服することが						10 = 2 40 1		p, 1, 3, 5
あります。使用可能ですか。(消化管穿孔等は禁忌)						可		不可
◆ <u>骨盤部の検査では画質向上のため鎮痙剤(ブスコパン又はグルカゴン)を使用することがあります。</u>						ブスコパン	可	不可
使用可能ですか。(ブスコパン:心臓病、緑内障等は禁忌、 グルカゴン:糖尿病等は禁忌)						グルカゴン	可	不可
★ 造影検査の場合								
(1) MRI 用造影剤 (ガドリニウム) で、副作用がでたことがありますか。 はい いいえ								
→ 該当する場合、出現時の詳細を記入してください。 ()								
(2) 気管支喘息ですか。(小児喘息、咳喘息は除く) はい いいえ								
(3) 薬や食べ物のアレルギーで治療したことが	ありますか。		は	い詳	細()	いいえ
(4)	* ¾	兵松医療センタ	—— 由田楣					
		六四四/永 こく ノ	[X/1]/[R]					
(5) eGFR (不明な場合は血清クレアチニン) を記入してください。 採血日							•	•
(検査前 6 カ月以内のみ有効。eGFR が 30 [mL/min/1.73㎡] 未満の場合、原則造影できません。) eGFR:						/min/1.73m² Cr:		mg/d
(6) 肝臓の検査 (EOB プリモビスト使用) の場				V \ <u>`</u>				mg/d
問診日: 年 月 日記内容について確認し、 枠本が宝板できるしま	日のよう。	問診担当者	:					
上記内容について確認し、検査が実施できると半	ツツ しました。	判断医	:					
		※ 署名の場合は対	ドドア要、記名	名(印字、スタ	ンプ等) の	場合は押印が必要	更となり	ます
【検査担当者記入欄】		<u> </u>	·		,			
更衣 入室 造影剤腫類		投与量		影剤チェック		ポートチェ	ック	完了印
□ ガドビスト (7.5 • □ BOB プリモビスト (5		mL	Ns	Tc		Ns Tc		
	- 10 IIIL <i>)</i>	nii.	_	<u> </u>				