

ID:	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 検査問診票【院外依頼用】

※ 太枠内は全例必須の項目です。問診票は1検査につき1枚用意してください。

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 体内 / 体外に検査時に取り外せないもの（手術や内視鏡治療で留置した物等）がありますか。 → 「はい」の場合、以下に詳細を記入してください。 心臓ペースメーカ ・ 人工内耳 ・ 脳脊髄刺激電極 ・ カプセル内視鏡 ・ ポート ・ 圧可変式シャントバルブ 磁石式義眼 ・ 磁石式義歯 ・ 歯科矯正器具 ・ 歯科補綴物（インプラント等） 内視鏡クリップ（胃や大腸ポリープ切除等で留置することがあります。留置したか不明な場合もチェックしてください） コイル ・ スtent ・ クリップ ・ 人工関節 ・ 骨関節の固定金属 → 留置部位/時期（ ） 上記以外 → 詳細（ ）	はい	いいえ
④ 入れ墨・アートメイクはありますか。	はい	いいえ
⑤ 妊娠中または妊娠の可能性はありますか。妊娠中の場合、検査当日は何週目になりますか。	はい（ ）週	いいえ
⑥ 授乳中ですか。	はい	いいえ

※ ①～④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。	該当あり	なし
② 上記④（入れ墨等）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。	説明済	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 内服することがあります。使用可能ですか。（消化管穿孔等は禁忌）	可	不可
④ 骨盤部の検査では画質向上のためブスコパン又はグルカゴンを使用することがあります。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）	ブスコパン グルカゴン	可 不可 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。 → 該当する場合、出現時の詳細を記入してください。（ ）	はい	いいえ
(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（ ）
(4)	*浜松医療センター使用欄	
(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。 （検査前6カ月以内のみ有効。eGFRが30 [ml/min/1.73m ²]未満の場合、原則造影できません。）	採血日	.
	eGFR : ml/min/1.73m ²	Cr : mg/dL
(6) 肝臓の検査（EOB プリモビスト使用）の場合は総ビリルビン値を記入してください。		mg/dL

問診日： 年 月 日 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判断しました。

判断医（必須）：

※ 署名の場合に封印不要、記名（印字、スタンプ等）の場合に封印が必要となります

【検査担当者記入欄】

更衣	入室	造影剤種類	投与量	造影剤チェック	ポートチェック	完了印
		<input type="checkbox"/> ガドピスト（7.5・10 ml） <input type="checkbox"/> EOB プリモビスト（5・10 ml）	ml	Ns Tc	Ns Tc	