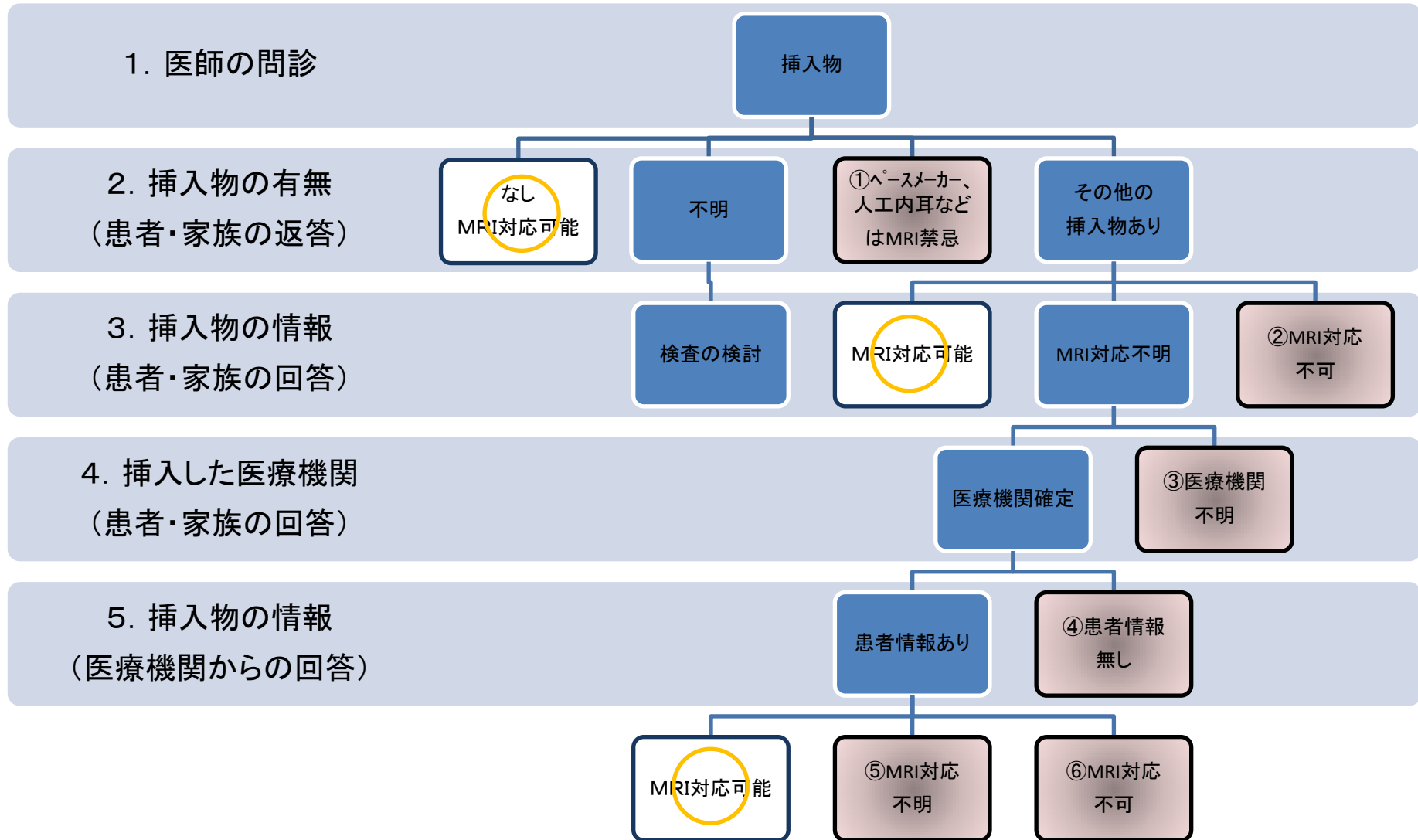


MRI検査の判定フロー ①～⑥はMRI撮影中止



当院の脳神経外科、整形外科で手術の実績がある場合はMRI検査前に当該科医師に確認すること。

循環器内科で冠動脈治療(PCI)を行いステントが留置されている場合、翌日よりMRI検査は可能。当該科医師への確認は不要。

県立西宮病院 MRI(磁気共鳴画像診断) 診療情報確認書

患者様の安全確保のため、MRI 検査が可能であることをご確認の上、ご依頼くださいますようお願いいたします。

患者様ご氏名

検査予約日時

◎体内に以下のような金属がある場合は、**MRI 検査ができません。**

心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	※ ありの場合は <u>検査できません</u> (MRI 対応も不可)
神経刺激装置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
人工内耳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
その他の体内電子機器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
けがや事故等による体内金属片	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	

◎体内に以下のような金属がある場合は、**MRI (1.5T) 対応 であるか ご確認ください。** 体内金属ありで **確認済みにチェックが無い場合は検査できません。**

脳動脈クリップ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	※ ありの場合は、 MRI(1.5T)対応 をご確認の上、 下記にチェック をお願いします。 <u>☐ MRI 可 確認済</u>
人工関節・人工骨頭 脊椎固定・骨折部固定 (髄内釘など)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
心臓や血管内の金属類 (ステント、コイル、 静脈フィルター、リード線)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
その他体内金属 (_____) 例: VP シヤント・消化管止血用クリップ・美容用金糸	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
義眼 (磁石式など検査できないものがあります)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	
歯科用インプラント・歯列矯正	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	

○検査や前処置に関連する項目についてご記入ください

閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (MRI 検査歴: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)		
入れ墨・アートメイク	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 発熱や変色の可能性をご理解の上お受けください		
妊娠	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 器官形成期を避け、原則 14 週以降に検査しています		
授乳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 造影剤使用后 24 時間は授乳をお控えてください		
気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 成人発症の喘息は造影原則禁忌 (小児期に治癒は可)		
腎機能の低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ 透析患者や eGFR 30 未満の腎機能障害は造影禁忌		
鉄アレルギー・鉄過敏感症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
緑内障	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	不整脈	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
前立腺肥大	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	糖尿病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
腹部・骨盤部の検査の場合は、以下のいずれかを選択してください。 ⇒ 前処置薬(消化管蠕動抑制剤)の使用 不可 ・ ブスコパン可 ・ グルカゴン可			

医療機関名

医師名

ご記入もれがありますと検査が実施できない場合があります。
ご不明な点がございましたら下記までお問い合わせください。