

MRI検査同意書

検査日	年	月	日	AM	PM	:
氏名	歳	男 女	生年月日	体重	Kg	

医療機関名 _____

(必須)

医療事故防止の為の最低限のチェック項目です。
項目のチェック不足や、患者への未説明があつて事故が発生した場合は依頼 医師の責任が問われる可能性があります。

依頼医師名 _____

(必須)

◎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(※1)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	ありの場合は 検査できません
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⇒	
消化管止血クリップ(※2)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	
インスリンポンプ(※3)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	
磁石式の金属義眼、歯科用インプラント	<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⇒	
職業上や外傷、事故等による体内金属片(※4)	<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または3.0T)対応であるかご確認ください。

体内金属有で確認済みにチェックが無い場合は検査できません。

脳動脈瘤クリップ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	ありの場合は、MRI(1.5Tまたは 3.0T)対応をご確認の上、下記に チェックをお願いします。
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)(※5)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	
心臓人工弁(※6)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	
義眼、歯列矯正・歯科用インプラント	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	
その他の体内金属(例:VPシャント・美容金糸(※7)等)	<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。

MRI検査歴(※8)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	いつ、どこの病院、検査部位、造影の有無等 [_____]
入れ墨・アートメイク(※9)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	患者の同意の下検査を行う
授乳(造影時)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	造影剤注入後48時間は授乳を避ける
気管支喘息(造影時)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	原則禁忌(小児期に治癒のものは可)
腎機能の低下(造影時)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒	透析患者、eGFR30未満は造影禁忌

〈造影剤についての確認〉

MRI造影剤(ガドリニウム製剤)の禁忌例として、当該成分に過敏症を有する方、一般状態が極度に悪い方、喘息アレルギー、重篤な肝腎機能障害を有する方。

①MRI検査の必要性、内容、危険性について、医師から十分な説明を受け了解しました。

②MRI検査に関する拡大行為が必要であると医師が判断した場合、その行為を受けます。

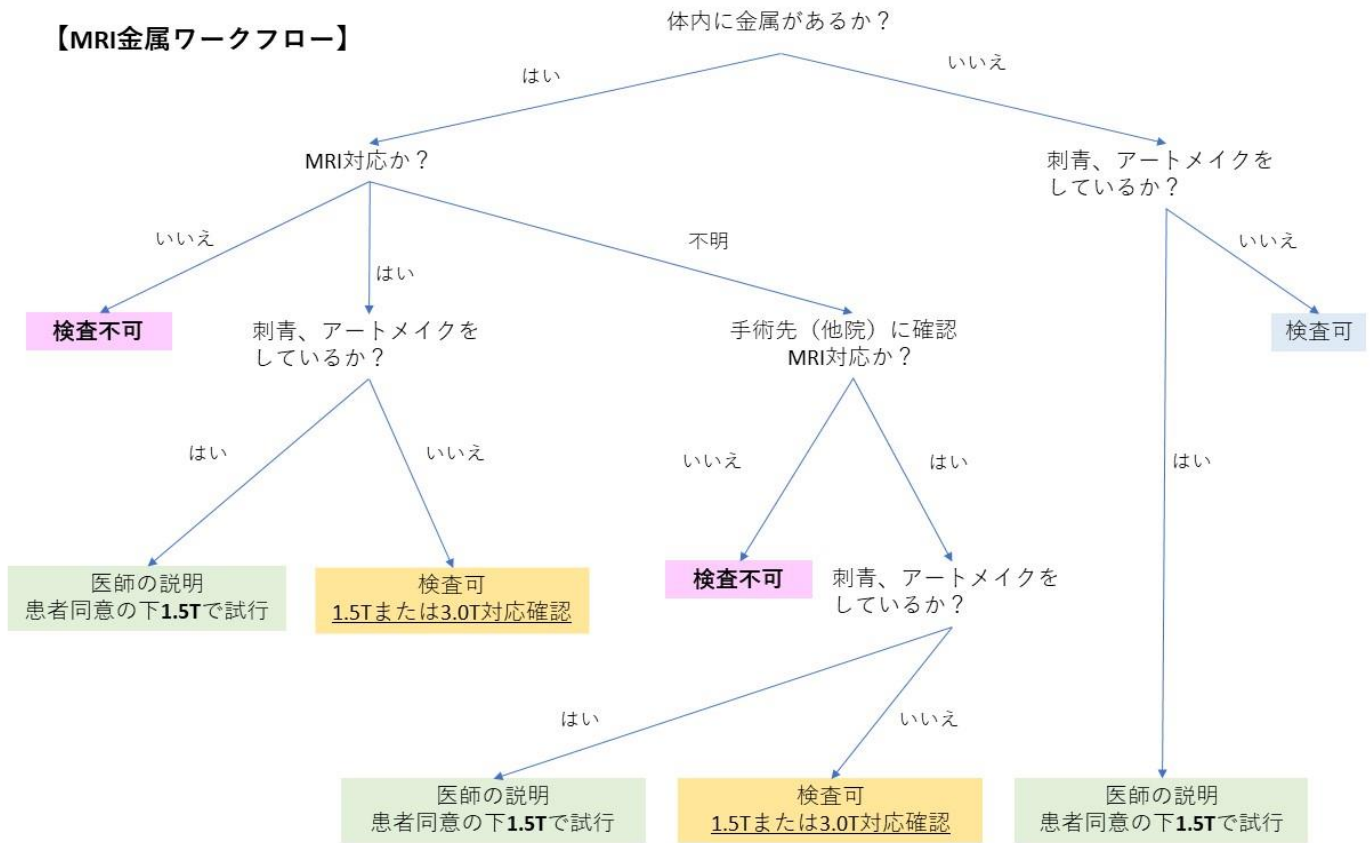
今回のMRI検査並びに造影MRI検査に同意します。

検査同意日 令和 年 月 日 患者氏名(自署)

親族または代理人

(続柄 _____)

【MRI金属ワークフロー】



検査不可

心臓ペースメーカー・埋め込み型除細動器 (※1)
 神経刺激装置、人工内耳
 消化管止血クリップ (※2)
 インスリンポンプ (※3)
 磁石式の金属義眼、歯科用インプラント、入れ歯
 その他の体内電子機器
 職業上や外傷、事故等による体内金属片 (※4)

1.5Tまたは3.0T対応確認の上、検査可

脳動脈瘤クリップ
 人工関節・人工骨頭・脊椎固定・骨折部固定 (髄内釘など)
 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) (※5)
 心臓人工弁 (※6)
 義眼、歯列矯正・歯科用インプラント
 その他の体内金属 (例: vpシャント・美容用金糸 (※7) 等)

◆ 禁忌

- (※1) 「ペースメーカー・埋め込み型除細動器」
心臓ペースメーカーで条件付きMRI対応の物はペースメーカー手帳を確認の上、循環器科へ紹介、循環器科からMRI検査依頼をしてもらう
- (※2) 「消化管止血クリップ」
体外に排泄されれば検査可能
- (※3) 「インスリンポンプ」
外せば検査可能
- (※4) 「職業上や外傷、事故等による体内金属片」
金属加工業で眼窩内に金属片がありMRI検査で失明例あり

◆ 要確認

- (※5) 「心臓や血管内の金属類 (ステント・コイル・静脈フィルタ・リード線)」
入れてから6週以上経てば検査可能
- (※6) 「心臓人工弁」
1970年以降のものなら1.5Tで検査可能。術後6週以上経てば検査可能。
- (※7) 「美容金糸」
使われている素材等が分からない場合が多い。患者同意の下、同意書 (別添) を取る。検査は1.5Tで行い、熱感等の違和感があればすぐ中止する

◆ 検査や前処置等

- (※8) 「MRI検査歴」
検査施行の手掛かりとなる
- (※9) 「入れ墨、アートメイク」
使われている顔料等が分からない場合が多い。変色、火傷の可能性がある。患者同意の下、同意書 (別添) を取る。検査は1.5Tで行い、熱感等の違和感があればすぐ中止する

お願い

- ・色の強い化粧はしてこない。(マスカラ、アイシャドウ)
- ・コンタクト使用者は可能であればメガネで来院してもらう。コンタクトで来院の際は、はずすことのできるような準備をして来院すること
- ・指輪、ピアス等検査時に外せるようにすること (外せない方が多くいる)
- ・着替えのしやすい服装
- ・前処置 (腹部検査、造影検査時の食止め)
- ・造影検査時のクレアチニン、アレルギーのチェック