

——お手数ですが返信をお願いします——

MRI 問診票

発信日 年 月 日

( 医院・病院 )

この問診票に以下の必要事項を記載し、がん相談支援・情報センター宛にFAXでご返信ください。その際に必ず医師の署名も忘れずにご記入ください。

登録番号  
患者氏名  
生年月日 性別

医師署名  
科

MR Iは、強力な磁石（1.5テスラ）を使用した検査です。通常、人体に影響は有りませんが、金属などを装着していると、場合によっては検査が施行できません。安全にMR I検査を行う為に、以下の項目にご記入ください。

**必ずご記入ください。**

1. 造影検査を 希望（ します / しません ）。
2. 下記の項目に該当するときは、原則としてMR I検査は受けられません。該当する項目があれば印を付けて下さい。
  - 心臓ペースメーカー                      心臓人工弁                      脳動脈瘤クリップ
  - 眼球内金属粉塵
  - 安静困難                      狭心症などの発作                      閉所恐怖症
  - 妊娠中
  - 該当なし

3. 下記の体内金属や人工器具は、MR I検査の障害となったり、身体に悪影響を及ぼす可能性のあるものです。原則として、金属と離れた部位のみ検査可能です。該当する項目があれば印を付けて下さい。
  - 消化器などの手術クリップ                      人工関節                      骨折接合用金属
  - ワイヤ縫合                      シャントチューブ                      避妊器具（リング）
  - 流散弾片                      埋め込み式補聴器                      はずせない義眼
  - はずせない義歯、歯列矯正ワイヤ                      入れ墨
  - ハリ治療                      その他の体内金属（                      ）
  - 該当なし

**以下は、造影検査を希望される場合のみご記入ください。**

4. 腎機能障害があるときは、原則として造影検査は受けられません。下記の項目にご記入ください。

クレアチニン \_\_\_\_\_mg/dl
5. 肝臓造影MR Iを希望される場合は、下記の項目にご記入ください。（MRCPは除く）

ビリルビン \_\_\_\_\_mg/dl
6. アレルギーがあるときは、造影検査に注意を要します。該当する項目があれば印を付けて下さい。
  - 薬剤アレルギー（                      ）                      その他のアレルギー（                      ）
  - 喘息（喘息のある方には造影検査はできません）
  - 該当なし

独立行政法人国立病院機構 四国がんセンター  
がん相談支援・情報センター

FAX 089-999-1115  
直通 089-999-1114  
代表TEL 089-999-1111