MRI 検査用情報提供書

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様　　年齢＿＿＿＿　　男・女

MRI 検査の禁忌項目・・・該当項目がある場合は検査ができません。

① MRI 非対応の 電子機器
（ペースメーカー、人工内耳、神経刺激装置、骨刺激装置）　　□ 有　□ 無

② MRI 非対応の 脳動脈瘤クリップおよびコイル、人工弁、圧可変式シャントバルブ
□ 有　□ 無

MRI 検査の注意項目・・・該当項目がある場合、別紙同意書が必要となります。

① 上記以外の体内金属で、MRI 非対応あるいは不明なもの　　□ 有　□ 無

② 入れ墨　　□ 有　□ 無

③ 妊娠中　　□ 有　□ 無

記載医師名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

MRI 対応の体内金属がある場合はご記入ください。（入っている部位や種類など）
＊不明の場合は MRI 検査の注意項目になりますので別紙同意書が必要となります。

○　1.5T 対応のもの

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○　3.0T 対応のもの

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

「注」
＊ 造影 MRI 検査の場合は別紙の造影 MRI 問診票・同意書が必要となります。
＊ MRI 対応のペースメーカーや圧可変式シャントバルブなどがある場合は、撮影前後に医師や臨床工学技士などによる確認が必要になります。直接、放射線科へのご依頼ではなく、当院の当該科（循環器や脳外科）へ紹介の上で、検査を実施させていただきたく存じます。

連絡先：京都中部総合医療センター　電話：0771-42-2510(代表)