

# 公立昭和病院 MRI 検査 体内金属確認シート

患者情報

平成 年 月 日

フリガナ 患者氏名	
生年月日	年 月 日 ( 歳)
当院 受診歴	有 ・ 無 ・ 不明 (ID No. - )
電話番号	( )

医療機関名.....  
 医師名.....  
 電話番号.....  
 FAX番号.....

検査を安全に行うため、下欄に記入をお願いいたします。

●体内金属はありますか ( 有 ・ 無 )

→「無」の場合：以降の記入は不要です。この紙を紹介状に同封してください。

→「有」の場合

◎その金属は何ですか (わかる範囲でご記入ください)

体内金属がある部位	頭部 ・ 脊髄 ・ その他 ( )
体内金属の形状 (ポート等)	
留置医療機関名/患者 ID	
施行時期	年 月頃
製品名/メーカー/ロット番号等	
過去の MRI 検査歴 (金属留置後)	
備考 (その他連絡事項)	

◎上記の金属は、MRI 検査が可能な金属ですか ( 可能 ・ 不明 )

→「可能」の場合：この紙を紹介状に同封してください。

→「不明」の場合

当院にて調査しますので、事前に FAX 送信してください。(原本は紹介状に同封)



地域医療連携室 FAX : 042-461-0143

※検査可否については、別途ご連絡いたします。

注1. 禁忌の金属、注意事項は、裏面のガイドラインをご覧ください。

注2. 当院より留置医療機関及び患者さんへの問い合わせが必要になる場合があります。

注3. 安全性が確認できない場合や古いタイプの体内金属の場合は、MRI検査ができません。

【昭和病院記入欄】※記入不要

MRI ( 可 不可 )

放射線科医師

		1.5T及び3.0Tの対応策
体内電子機器	心臓ペースメーカー	原則禁忌
	条件付き心臓ペースメーカー	要受診
	その他の人工装置(体内神経刺激装置、骨成長刺激装置、体内自動除細動器、人工内耳など)	原則禁忌
	深部脳刺激装置(DBS)	原則禁忌
体内金属	スワングアンツカテーテル、添付上安全が確認できない医療デバイス、磁力で付着する義眼、美容金糸、眼部のインプラント・材料(脛スプリング・ワイヤー)で強磁性体を使用しているもの	原則禁忌
	術後の体内金属類(非磁性体)	術直後から検査可
	術後の体内金属類(弱磁性体)	弱磁性体でも強く固定されている金属類(骨スクリューなど)は術直後でも検査可 但し熱を持つ可能性があるので検査を中止することあり
	脳動脈瘤クリップ	当院脳神経外科で平成3(1991)年以降に手術したものや依頼医師が素材の安全性を確認した場合のみ検査可
	磁力で流量調整必要なシャントチューブ	当院で留置した場合のみ検査可 他院で留置した場合は当院脳神経外科受診の上検査可
	血管内コイル・ステント・フィルター、ポート	添付文章上安全が確認されている場合のみ検査可
	人工心臓弁・弁輪形成術リング	検査可
	子宮内避妊具	検査可
	ステイプルなどの縫合用金属止血クリップ	添付文章上安全が確認されている場合のみ検査可
付着品等	眼窩内金属異物	金属による眼の外傷の既往がある患者に対してはX線写真・CT等で安全が確認されている場合のみ検査可
	入れ墨、アートメイク(アイライン等)	熱傷や変色を生じる場合があり、承諾された方のみ検査可
	化粧品(特にアイメイク)	ラメなど熱傷が生じる場合があり、落とすか承諾された方のみ検査可
	マグネットアタッチメント義歯	吸着力が低下する場合があり、承諾された方のみ検査可
	薬剤浸透性絆創膏	検査時に外してもらう 新しいものを持参するよう説明必要
その他	コンタクトレンズ	検査時に外してもらう 眼鏡やコンタクトレンズケースを持参するよう説明必要
	妊婦・胎児	原則禁忌
	閉所恐怖症・てんかん発作・発汗障害既往	程度により、検査を中止することあり