

MRI検査を受ける方へ【同意書】

2025年8月改訂版

※ 2022年度から基準を変更しています



MRI検査は磁石と電磁波を使用した検査です。

金属留置がある場合、磁石と金属が反応し、①破損・故障、火傷や変色の危険性 ②画像の乱れの可能性があります。

下記をお読みになり、**該当する場合は必ず事前の確認**をお願いします。

なお、主治医の許可がある場合も含め、安全が確認出来ない場合には、当施設の判断により**検査を中止・変更する場合がございます**のでご了承ください。

1、MRI検査を受けられない方

電子機器のある方

- ・心臓ペースメーカー・除細動器
- ・埋め込み型心電図モニター
- ・髄液調整シャント
(V-P、L-P、V-Aシャント)
- ・人工内耳
- ・神経刺激装置
- ・カプセル内視鏡
- ・その他の電子機器

金属類がある方

- ・磁気式インプラント
- ・マグネットネイル・ネイルストーン
- ・美容整形による金属の糸
- ・脳動脈瘤クリップ・CVポート・義眼
(術後筑波メディカルセンター病院でMRI経験がある方を除く)
- ・乳房エキスパンダー
- ・避妊具等の子宮内器具
- ・磁石式人工肛門

妊娠中・またはその可能性がある方

髪:増毛パウダー・着色剤(例:白髪隠し等)
外せないかつら

※当日髪に付着している場合は検査できません

金属研磨の職業等、手術以外で体内に
金属が入った経験がある方
または付着している方

検査装置に入れない体格の方
(横幅55cm×高さ45cm)

昭和63年以前に金属を留置するような
治療をした、または治療時期が不明な方

2、MRI検査を受けられない可能性がある方

過去に「手術」や「内視鏡治療」、「放射線・陽子線治療」を受けたことがある方

体内・体外に人工物を留置した方

→上記の方は、治療をした病院、主治医に以下の2点を必ずご確認ください。

①金属を体内・体外に留置しているか

治療後に筑波メディカルセンター病院、当健診センターでMRIの経験がある方は確認不要です。

②留置している場合、MRI検査は可能か

※他施設でMRIを実施された場合は、事前に主治医への確認が必要です。

3、MRI検査前に外していただくもの

万一持ち込んだ場合の破損・故障・火傷等は責任を負いかねます

〈破損・故障の危険があります〉

- ・時計
- ・携帯電話
- ・補聴器
- ・眼鏡
- ・磁気カード
(診察券、キャッシュカード等)
- ・インスリンポンプ
- ・持続グルコース測定器

〈火傷や変色の危険があります〉

- ・指輪、ネックレス
- ・ピアス、イヤリング
- ・ヘアピン
- ・かつら、ウィッグ
- ・マスカラ、アイライナー、アイシャドウ、ラメ入り化粧(薄めの化粧でお越しください)
- ・ジェルネイル(ストーン付きは検査できません、事前に外してください)
- ・カラーコンタクトレンズ(保存液や容器をご準備ください)
- ・エクステ(まつ毛、髪)
- ・入れ歯
- ・カイロ、貼り薬
- ・湿布・エレキバン
- ・金属付き下着
- ・ヒートテックインナー
- ・遠赤外線肌の肌着
- ・刺青、アートメイク

ご不明な点がある際や病院・主治医に確認が取れない場合は健診センターまでご連絡ください。

TEL 029-856-3500

所長 増澤 浩一

保健師

上記の事項について理解・同意のうえ、MRI検査を承諾します。

年 月 日 受診者氏名

裏面の問診表もご記入ください。

★ご記入の上、健診当日ご持参ください

ご記入が難しい場合は健診センターまでご連絡ください。

TEL 029-856-3500

1	今までにMRI検査を受けたことがありますか	いいえ ・ はい
2	表面を熟読され、 理解・同意のサイン はしましたか	いいえ ・ はい
3	過去に手術(大腸^ポ リーフ 切除等の内視鏡手術やカテーテル手術含む) をしましたか →「 はい 」の方、手術した年齢・手術名を全てご記入ください ____ 歳 手術名(①) _____) ____ 歳 手術名(④) _____) ____ 歳 手術名(②) _____) ____ 歳 手術名(⑤) _____) ____ 歳 手術名(③) _____) ____ 歳 手術名(⑥) _____)	はい ・ いいえ
4	手術以外の治療で体内・体外に人工物を留置しましたか (子宮内器具、インスリンポンプ等)	はい ・ いいえ
5	3、4で「 はい 」の方、金属留置の有無を確認しましたか *必ず治療を受けた病院・主治医にご確認ください	いいえ ・ はい
	→金属の留置はありますか	はい ・ いいえ
	→金属の留置がある方、主治医のMRI検査の許可はありますか	いいえ ・ はい
6	過去または現在、放射線・陽子線治療歴がありますか	はい ・ いいえ
	→「 はい 」の方、金属マーカーの有無を確認しましたか *必ず治療を受けた病院・主治医にご確認ください	いいえ ・ はい (マーカー 有 無 主治医確認済)
	→金属マーカーの留置はありますか	はい ・ いいえ
	→金属マーカーがある方、主治医のMRI検査の許可はありますか	いいえ ・ はい
7	過去または現在、金属研磨のご職業に就いていますか	はい ・ いいえ
8	体内に金属が入った経験がある・付着している、またはその 可能性はありますか(針、金属破片、散弾銃の弾等)	はい ・ いいえ
9	歯の治療で磁石や歯列矯正装置を使用していますか	はい ・ いいえ
10	歯の治療で金属を使用していますか (ブリッジ ・ つめもの ・ かぶせもの ・ 銀、金歯 ・ 非磁気式インプラント)	はい ・ いいえ
	→「 はい 」の方、それは取り外し可能ですか	はい ・ いいえ
11	狭いところは苦手ですか(閉所恐怖症)	はい ・ いいえ

重要

事前に確認され
できない事例が
発生して
います
*治療時に金属を留置していると
言われていない場合も、ご確認ください