PET-MRI検査　事前確認表

様式３

福島県立医科大学(以下、当院)のPET-MRI検査は、通常のMRI機器よりも強力(3.0テスラ)な磁場の中での検査となります。安全な検査のため、**患者さんご自身で下記の質問に○をつけてお答えください。**

記入漏れや当院で危険と判断した場合は、当日でも検査中止とさせていただきますのでご了承ください。

◆当院でのPET-MRI検査歴

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| なし  次の設問にお答えください。 | **あり-**前回検査から新たに増えた体内金属などはありますか? | |
| なし-回答は不要です。下部のご署名のみお願い致します。 | **あり**-次の設問にお答えください。 |

◆検査ができない体内金属について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 心臓ペースメーカー・ICD(埋込型除細動器) | すべてなし  次の設問にお答えください。 | **1つ以上あり・不明**  **PET-MRI検査はできません。**  主治医にご相談ください。  質問は以上です。 |
| 神経刺激装置・人工内耳 |
| 磁石式入れ歯・磁石式義眼 |
| 条件付きMRI対応体内医療機器 |
| その他の体内電子埋め込み機器 |
| ケガや事故などによる体内材質不明金属 |

◆検査前に3.0テスラMRI対応の確認が必要な体内金属とその他条件について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 脳動脈クリップ | なし | **あり・不明**-主治医にご相談ください。  [医師名　　　　　　　]が3.0T対応確認しました |
| 各種人工関節・脊椎固定金属  骨折接合金属 | なし |
| 歯科用インプラント・歯列矯正 | なし |
| バルブ付きシャントチューブ  避妊リング・美容用金糸 | なし |
| 人工心臓弁・心臓ステント・血管内コイル  静脈フィルター・リード線など | なし | **あり・不明**-主治医にご相談ください。  [医師名　　　　　　　]が3.0T対応確認、および留置から検査可能までの期間制限を確認しました |
| 消化管内視鏡クリップ | なし |
| 入れ墨・アートメイク | なし | **あり**-熱傷や脱色の可能性がありますので  主治医にご相談ください。 |
| 粉末増毛剤 | なし | **あり**-当日はよく洗髪し、  塗布せずに検査を受けてください。 |
| 閉所恐怖症(60分以上の閉所となります) | なし | **あり・不明**-主治医にご相談ください。  [医師名　　　　　　　]が*検査可能と*  *判断しました* |

上記回答した通りで間違いはありませんのでPET-MRI検査を申込みます。

記入日　　　　　年　　　月　　　日　患者さんご署名