

【PET-MRI 検査を受けられる方への確認事項について】

PET-MRI 検査を安全に実施するために、お手数ですが、以下の事項についてご確認いただき、PET-MRI ドックのお申込時に併せて郵送、又は FAX くださいますようお願い致します。

氏名： _____ 男・女 _____ 福井大学医学部附属病院
 生年月日： T・S・H _____ 年 _____ 月 _____ 日 (身長： _____ cm 体重： _____ kg)
 先端医療画像センター 健診室

1. 今までにPET-MRI 検査を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
2. 体内に心臓ペースメーカー、心血管カテーテル、人工耳小骨、生体刺激装置、カプセル内視鏡、グルコースモニタシステム、弾丸、鉄片が入っていますか。 ※入っている場合は、PET-MRI 検査ができません。	☐ はい ☐ いいえ (検査不可能)
3. 体内(頭の中も含む)に何か金属が入っていますか。	☐ はい ☐ いいえ
入っている場合には、該当するものすべてに○をつけてください。 人工関節・脳動脈クリップ・人工心臓弁・止血または避妊クリップ・インプラント・コイル・ステント・植込み型心電用データレコーダ・可動性義眼・磁石式入れ歯・プレート・スクリュー・ワイヤー・シャント・その他の金属()	
入っている場合は、それはMRI 検査適合品であるかを治療を受けた医療機関にご確認ください。部位： _____ 医療機関名： _____ (※非適合品である場合や、確認ができない場合は検査を受けることができません。また、当院でも上記医療機関に再確認する場合がありますのでご了承下さい。)	☐ 適合品 (検査可能) ☐ 非適合品 (検査不可能)
4. 血糖値が高い、境界型糖尿病と言われた事がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
「はい」と答えた方、値はどれくらいでしたか。 血糖値： _____ HbA1c： _____	
5. 糖尿病の治療を受けていますか。内服薬名 _____	☐ はい ☐ いいえ
治療されている場合は、主治医の先生にPET-MRI 検査が可能であるかをご確認ください。 ※ビグアナイド系糖尿病薬を内服されている場合は、薬の影響により大腸病変の検出能が低下することがあります。可能であれば48時間程度の休薬をお願いします。主治医にご相談ください。	☐ 「検査可能」との回答を得た
6. 体に入れ墨をしていますか。 ※体に入れ墨がある場合は、PET-MRI 検査ができません。 ※眉毛・アイラインのアートメイクをされている方は、火傷の危険性がありますが同意いただけますか。 ☐ 同意する ・ ☐ 同意しない(検査不可能)	☐ いいえ
7. アイライナー、マスカラ、ラメ入りの化粧(マニキュアも含む)、カラーコンタクトレンズ、増毛パウダー(ふりかけ式人工毛)、白髪隠しは火傷やMRI 装置故障の原因になりますので、当日は落として(外して)きてください。 ※当日、増毛パウダー(ふりかけ式人工毛)、白髪隠しのご使用がある場合は、検査ができません。	☐ はい
8. 閉所恐怖症がありますか。 ※閉所恐怖症がある場合は、PET-MRI 検査ができません。	☐ はい ☐ いいえ (検査不可能)
9. 【女性の方へ】妊娠の可能性・妊娠中・授乳中ではありませんか。 ※上記に該当する方は、当院でのPET-MRI 検査(PET-MRI ドック)はできません。 ※月経中のPET-MRI 検査は、診断に影響する場合がありますのでお問い合わせください。先端医療画像センター健診室 (0776) 61-8550	☐ いいえ

以上を確認し検査する事について同意します。 _____ 年 _____ 月 _____ 日

健診者氏名： _____