

タイトル:

【日本磁気共鳴医学会】「鎮静下診療MRI検査の安全性に関するアンケート調査」へのご協力をお願い

-----以下本文-----

拝啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度、日本磁気共鳴医学会・安全性評価委員会では全国の鎮静/麻酔下 診療MRI検査を行う施設の皆様を対象として「鎮静下診療MRI検査の安全性に関するアンケート調査」を実施する運びとなりました。つきましては、誠に恐縮ではございますが、下記URLより本アンケートにご協力賜りますようお願い申し上げます。

アンケートの背景と目的:

MRI検査は強力な磁場とラジオ波を使用するため、適切な安全管理が不可欠であり、安全性評価委員会では、これまでMRI検査の安全性を確保するための指針を策定し、普及に努めてきました。今回の調査では、特に成人における鎮静下MRI検査の実施状況に焦点を当てます。成人の鎮静下MRI検査に関する指針は小児鎮静と比して未整備であり、各医療機関の判断に委ねられています。成人の場合、鎮静の適応や使用薬剤が小児と異なるだけでなく、鎮静を担当する医師が主治医と一致しないケースも少なくありません。そのため、情報共有や連携の重要性も指摘されています。本調査では、これらの背景を踏まえ、成人鎮静下MRI検査の実態を調査し、安全性を向上させるための情報提供を目指します。

★アンケートの全体像を分かりやすくする目的で、[質問項目の概要](#)をPDFファイルにまとめましたので、宜しければご参照ください。なお、ご回答は1施設1回答にまとめて頂けますようお願い申し上げます。

[アンケートURL] <https://forms.gle/uAeLk9cM9PL6MUqcA> 〆切:2025年5月30日 18:00

- ・調査結果は匿名化され、回答者・施設名等の個人情報が公開されることは一切ありません。
- ・情報提供にご同意いただいた後も、お申し出があれば、可能な限りご提供いただいた情報を廃棄いたします。
- その他、調査条件の詳細については、添付の[説明文書](#)をご確認ください。
- ・本調査は、日本磁気共鳴医学会および東京大学医学部研究倫理申請システムに研究登録済みであり、日本医学放射線学会および日本診療放射線技師会の協力を得て実施されます。

ご多忙中恐縮ですが、本調査へのご協力を賜りますよう何卒よろしくお願い申し上げます。

敬具

日本磁気共鳴医学会理事長 小島 隆行
日本磁気共鳴医学会 安全性評価委員会 委員長 黒田 輝
日本磁気共鳴医学会 安全性評価委員会 担当理事 雨宮 史織

日本磁気共鳴医学会 事務局
〒105-0012 東京都港区芝大門2-12-8
Tel: 03-6721-5388 Fax: 03-6721-5433
e-mail: office-ad@jsmrm.jp

※本件に関するお問い合わせは[こちらのフォーム](#)からお願いいたします。

調査・研究対象施設ご担当様

「鎮静下診療MRI検査の安全性に関する調査」へのご協力をお願い

1. 調査・研究の概要

【研究課題】

鎮静下診療MRI検査の安全性に関する調査

【研究機関名及び自機関の研究責任者氏名】

この研究が行われる研究機関と研究責任者は次に示すとおりです。

研究機関 日本磁気共鳴医学会 安全性評価委員会

研究責任者 黒田 輝・安全性評価委員会委員長

担当業務 アンケート調査の実施およびデータ解析

【共同研究機関】

主任研究機関 東京大学 医学部附属病院 放射線部

研究代表者 雨宮 史織・准教授

担当業務 アンケート調査の実施およびデータ解析

研究機関 東海大学

研究責任者 黒田 輝・教授

担当業務 アンケート調査の実施およびデータ解析

研究機関 国立研究開発法人 量子化学技術研究開発機構

研究責任者 小畠 隆行・医工連携画像研究グループリーダー

担当業務 アンケート調査の実施およびデータ解析

研究機関 社会医療法人 高井会 高井病院

研究責任者 土井 司・診療放射線技師

担当業務 アンケート調査の実施およびデータ解析

この調査で得られた情報は共同研究機関、研究責任者・分担者のみが利用します。

【調査・研究期間】

実施許可日～2027年03月31日

【調査・研究の意義】

MRI検査は強力な磁場とラジオ波を使用するため、適切な安全管理が不可欠です。日本磁気共鳴医学会は、これまでMRI検査の安全性を確保するための指針を策定し、普及に努めてきました。今回の調査では、現在、統一された指針のない成人の鎮静下MRI検査の実施状況を対象

とします。成人の鎮静下MRI検査に関しては、小児に比べて統一された指針が少なく、各医療機関の判断に委ねられているのが現状です。成人の場合、鎮静の適応や使用薬剤が小児と異なるだけでなく、鎮静を担当する医師が主治医と一致しないケースも少なくなく、情報共有や連携の重要性も指摘されています。本調査ではこうした背景を踏まえ、成人鎮静下MRI検査の実態を調査し、安全性を向上させるための情報提供や管理方法の提案を目指します。

【調査・研究方法】

日本磁気共鳴医学会・安全性評価委員会より対象施設の放射線科ないし放射線部責任者に電子メールでアンケート調査への協力を依頼します。受諾した各診療機関のご担当者にはWEBアンケートフォームから回答を送信頂きます。

なお、研究計画書や研究の方法に関する資料を入手・閲覧して、研究内容を詳しくお知りになりたい場合は、末尾の連絡先にお問い合わせください。調査・研究の施行に支障がない範囲でご提供させていただきます。

1. 調査・研究参加の任意性と撤回の自由

この調査・研究にご参加いただくかどうかは、回答施設ご担当者の自由意思に委ねられています。調査・研究の内容について理解いただき、調査・研究にご協力いただける場合は、指定のリンクよりフォームにご入力の上、回答をご送付下さい。情報提供頂けない場合でも、将来にわたり業務上、貴施設の不利益につながることはありません。

もし情報提供を撤回される場合は、日本磁気共鳴医学会事務局（文末に連絡先の記載あり）にメールあるいは書面にてご連絡ください。お申し出があれば、可能な限り頂いた情報を廃棄します。ただし、解析を開始するためアンケート終了期間より1週間を過ぎた場合、廃棄することができませんのでご了承ください。

2. 個人情報の保護

取得した情報は東京大学医学部附属病院および共同研究機関にて解析・保存されます。データは回答者氏名・施設名等の個人情報を削り、代わりに新しく研究用の符号をつけ、どなたのものか分からないようにします。さらにデータにはパスワードロックをかけます。当診療科では研究責任者のみ使用できる、データ保存媒体（ハードディスク等）内で厳重に保管します。ただし、必要な場合には、当診療科においてこの符号を元の回答者氏名等に戻す操作を行うこともできます。

共同研究機関に送付する場合は、同様に個人情報削られ、パスワードがかけられたファイルとして提供されます。ファイルは研究責任者・分担者のみ使用できるデータ保存媒体内にて厳重に保管します。

3. 研究により得られた結果等の取扱い

本研究で得られた重要な知見は、学会報告や学術雑誌等を通じて公に発表し、広く社会に還元します。研究結果の公表においては結果の正確性を保持します。

4. 研究終了後の試料・情報等の取扱い方針

取得した情報は、原則としてこの研究のためにのみ使用します。研究期間終了3年後データは削除にて廃棄します。

これらの情報は保管期間中に、この研究以外の研究に使用される可能性もあります。その場合には改めてあなたの同意を得るか、または情報公開により提出された情報が解析対象となることを拒否する機会を設けます。

5. その他

この研究は、東京大学医学部倫理委員会のシステムにて研究登録を行い実施するものです。なお、この研究に関する費用は、日本磁気共鳴医学会から支出されています。本調査・研究に関して、開示すべき利益相反関係はありません。

調査・研究の開始後、方法等について変更が行われ、変更の内容によってはあなたがデータ提供を取りやめるという判断をされることも考えられます。本説明資料、調査・研究内容の変更に関する情報については、下記連絡先に記載の学会ホームページ等に情報を公開し、お知らせする場合がございます。

この調査・研究について、わからないことや聞きたいこと、何か心配なことがありましたら、お気軽に[こちらのフォーム](#)からお問い合わせください。

※この調査・研究説明書は研究期間中いつでも閲覧することができます（<https://www.jsmrm.jp/>）。

【連絡・お問合せ先】

研究責任者：雨宮 史織

連絡担当者：放射線科 医局

〒113-8655 東京都文京区本郷7-3-1

Tel: 03-5800-8666 Fax: 03-5800-8935

e-mail : utrad.ad@gmail.com

研究責任者：黒田 輝

連絡担当者：日本磁気共鳴医学会 事務局

〒105-0012 東京都港区芝大門2-12-8

Tel: 03-6721-5388 Fax: 03-6721-5433

e-mail : office-ad@jsmrm.jp

鎮静下診療MRI検査・安全性：全国調査

- **対象**：鎮静下の診療MRI検査を施行されることのあるご施設に回答をお願い致します。鎮静の程度・方法・対象を問いません。MRI検査を目的とした鎮静だけではなく、術後等で元々鎮静状態にある患者を対象とする検査も含まれます。
- **設問**：深鎮静・全身麻酔＝意識消失を伴い呼吸管理が必要になることがあるものに関する設問が多いですが、より軽度の鎮静に関するものもあります。小児鎮静に関する設問もあります。
- **Email**：フォーム送信後、下記Emailに頂いた回答の控えが送付されます。
- **1施設1回答**におまとめ頂きたくどうぞよろしくお願いいたします。

日本磁気共鳴医学会 安全性評価委員会

Google にログインすると作業内容を保存できます。 [詳細](#)

* 必須の質問です

メールアドレス *

メールアドレス

1.1. 回答者氏名 *

回答を入力

1.2. 回答者職種 *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 放射線科診断医
- 放射線技師
- その他: _____



1.3. 都道府県（施設） *

選択

1.4. 施設名 *

回答を入力

1.5. 施設整理番号 *

こちらのリンク：[医療機関リスト](#)よりご施設名を検索の上、最左列の整理番号をコピーペーストして下さい。病院がタブ01 診療所がタブ02です。お手数おかけしてすみませんが、集計時のエラー回避に用いますのでどうかお願い致します。
※全国厚生局データから作成していますが、万が一該当が無い場合は333333と記載下さい。

回答を入力

1.6. 施設分類 *

- 特定機能病院
- 地域医療支援病院
- 一般病院
- 診療所

1.7. 病床数 *

選択



1.8. 画像診断管理加算 *

1.9. 放射線科診断専門医数（常勤のみ） *

半角数字で回答下さい

回答を入力

1.10. 磁気共鳴専門技術者数（常勤のみ） *

半角数字で回答下さい

回答を入力

1.11. 診療MRI台数 3T未満 *

3T未満の診療検査用MRI合計台数

1.12. 診療MRI台数 3T以上 *

3T以上の診療検査用MRI合計台数

1.13. オープンMRI台数 *

合計台数を選んで下さい

1.14. 2024年度のべMRI検査数 *

年間件数を半角数字で回答下さい

回答を入力

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このフォームは東京大学ECCSクラウドメール 内部で作成されました。
このフォームが不審だと思われる場合 [報告](#)

Google フォーム



鎮静下診療MRI検査・安全性アンケート調査

Switch account



* Indicates required question

2. MRI検査室の設備と運用

2.1. MRI 検査室（スキャンルーム）の酸素配管 *

- なし
- あり（少なくとも一部で）

2.2. MRI 検査室（スキャンルーム）の吸引器 *

- なし
- あり（少なくとも一部で）

2.3. MRI 検査室（スキャンルーム）内の患者を監視できる窓やモニターカメラ（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- なし
- 窓
- モニターカメラ1方向
- モニターカメラ2方向
- Other: _____



2.4. MRI 検査室（スキャンルーム）近くの蘇生処置可能な場所 *

- なし
- あり

2.5. MRI 検査室（スキャンルーム）近くの救急カート *

- なし
- あり

2.6. 導波管 *

- なし
- あり（少なくとも一部で）

2.7. MRI対応人工呼吸器 *

- なし
- あり

2.8. MRI対応シリンジポンプ *

- なし
- あり

2.9. 検査室で使用する機器/器具はMRI対応と非対応を明記している *

- ほとんど明記していない
- 一部明記している
- 概ね明記している



2.10. 夜間・休日のMRI検査体制（複数選択可）*

その他の場合はOtherに記載下さい

- 基本的に行わない
- 施行条件・ルールが定めてある
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 基本的に依頼は全件施行
- Other: _____

2.11. 夜間・休日の ※深鎮静・全身麻酔下MRI検査（複数選択可）*

その他の場合はOtherに記載下さい

※深鎮静・全身麻酔下=意識消失を伴い、呼吸管理が必要になることがある鎮静

- 基本的に行わない
- 施行条件・ルールが定めてある
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 基本的に依頼は全件施行
- Other: _____

2.12. スタッフ以外のスキャンルーム入室者やその持ち込み物品の管理・チェックをしていますか？（複数選択可） ※鎮静時に限定しません*

その他の場合はOtherに記載下さい

- ルールはない
- ルールに従って入室者が自己管理
- 技師等、他者がチェックするルールがある
- その他
- Other: _____

Back

Next

Clear form

Never submit passwords through Google Forms.



This form was created inside of 東京大学ECCSクラウドメール.
Does this form look suspicious? [Report](#)

鎮静下診療MRI検査・安全性アンケート調査

Switch account



* Indicates required question

3. 鎮静・麻酔下MRI検査の実施状況

※深鎮静・全身麻酔=意識消失を伴い、呼吸管理が必要になることがある鎮静

3.1 非検査目的の深鎮静・全身麻酔：

*

術後や意識障害等で元々深鎮静・麻酔下にある患者のMRI検査をどの程度行っていますか？

※3.2, 3.3のMRI検査を目的とする深鎮静・全身麻酔を含みません

- なし・ほぼなし
- 月1件未満
- 月1-2件未満
- 月2-3件未満
- 月3-4件未満
- 月4件以上
- わからない



3.2 検査目的の深鎮静・全身麻酔：

*

小児MRI検査において検査目的の深鎮静・全身麻酔をどの程度行っていますか？

- なし・ほぼなし
- 月1件未満
- 月1-2件未満
- 月2-3件未満
- 月3-4件未満
- 月4件以上
- わからない

3.3 検査目的の深鎮静・全身麻酔：

*

成人MRI検査において検査目的の深鎮静・全身麻酔をどの程度行っていますか？

- なし・ほぼなし
- 月1件未満
- 月1-2件未満
- 月2-3件未満
- 月3-4件未満
- 月4件以上
- わからない



**3.4 3.3 検査目的の深鎮静・全身麻酔を成人に対して行う場合、予め気道確保 *
をしますか？（複数選択可）**

その他の場合はOtherに記載下さい。検査目的の深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない
- 気道確保はしない
- 気管内挿管を行う
- ラリンジアルマスクを使用する
- その他: _____

**3.5 3.3で成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔が検討される理由は何 *
ですか？（複数選択可）**

その他の場合はOtherに記載下さい。検査目的の深鎮静・全身麻酔の検討を成人に対して行わない場合は「成人の深鎮静・全身麻酔を検討することは全く無い」のみ選択下さい。

- 成人の深鎮静・全身麻酔を検討することは全く無い
- 患者の希望（閉所恐怖症など）
- 主治医の希望（せん妄・精神遅滞・認知症等による安静保持困難）
- その他: _____



**3.6 3.3で意識消失を伴わない最小～中等度鎮静を代わりに選択しない主な理由 *
は何ですか？（複数選択可）**

その他の場合はOtherに記載下さい。検査目的の深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない
- 患者の希望（閉所恐怖症など）
- 主治医の希望（せん妄・精神遅滞・認知症等による安静保持困難）
- 鎮静者の方針
- わからない
- その他: _____

**3.7 3.2で小児の深鎮静・全身麻酔下MRI検査を計画した場合、検査適応を放射 *
線科医に相談しますか？**

最も近いものを選んでください。検査目的の深鎮静・全身麻酔を小児に対して行わない場合は「小児のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 相談可能な放射線科医師がない
- 必ず相談する
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 放射線科以外の医師（主治医・他のコンサルト医師）で決定



3.8 3.3で成人の深鎮静・全身麻酔下MRI検査を計画した場合、検査適応を放射線科医に相談しますか？ *

最も近いものを選んでください。検査目的の深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人のMRI検査を目的とした深鎮静・全身麻酔を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 相談可能な放射線科医師がない
- 必ず相談する
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 放射線科以外の医師（主治医・他のコンサルト医師）で決定

3.9 小児MRIの鎮静方法/投薬等全般に関して院内にて決まったコンサルト先がありますか？ *

最も近いものを選んでください。その他の場合はOtherに記載下さい

- 深度に関わらず小児の鎮静下検査を全く行っていない
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 小児科
- わからない
- 主治医が判断
- その他: _____



3.10. 成人MRIの鎮静方法/投薬等全般に関して院内にて決まったコンサルト先がありますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深度に関わらず成人の鎮静下検査を全く行っていない
- 決まっていない（ケースバイケース）
- 麻酔科
- 精神科
- 救急科
- 放射線科で指定
- わからない
- 主治医が判断
- その他: _____

3.11. 小児MRIの深鎮静・全身麻酔※は誰が担当しますか？（複数選択可） *

※ 術後などMRI検査施行自体を目的としないものも、検査施行目的の鎮静も含みます。その他の場合はOtherに記載下さい。深鎮静・全身麻酔を小児に対して行わない場合は「小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない」のみ選択下さい。

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 小児科
- （小児科以外の）主治医
- わからない
- その他: _____



3.12. 成人MRIの深鎮静・全身麻酔※は誰が担当しますか？（複数選択可）*

※ 術後などMRI検査施行自体を目的としないものも、検査施行目的の鎮静も含みます。深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない」のみ選択下さい。

その他の場合はOtherに記載下さい

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 主治医
- 救急科
- 麻酔科
- その他
- わからない
- その他: _____

3.13. 小児の深鎮静・全身麻酔下MRI検査※について、緊急時のバックアップ体制を含め、複数診療科（麻酔科・小児科など）の医師が連携して対応する体制があるか教えて下さい（複数選択可）。

※ 術後などMRI検査施行自体を目的としないものも、検査施行目的の鎮静も含みます。小児の深鎮静・全身麻酔を行わない場合は「小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない」のみ選択下さい。その他の場合はOtherに記載下さい

- 小児の深鎮静・全身麻酔を全く行っていない
- 小児の深鎮静・全身麻酔下MRIに関する複数診療科連携体制がある。
- 小児の深鎮静・全身麻酔下MRIマニュアルがあり複数診療科で共有されている。
- 小児の深鎮静・全身麻酔下MRIにおける緊急対応フローと担当者が決定されている。（小児科内チームなど）
- 該当なし
- わからない
- その他: _____

3.14. 成人の深鎮静・全身麻酔下MRI検査※について、緊急時のバックアップ体制を含め、複数診療科（麻酔科・救急科など）の医師が連携して対応する体制があるか教えて下さい（複数選択可）。

※ 術後などMRI検査施行自体を目的としないものも、検査施行目的の鎮静も含みます。深鎮静・全身麻酔を成人に対して行わない場合は「成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない」のみ選択下さい。

その他の体制がある場合はOtherに記載下さい

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 成人の深鎮静・全身麻酔下MRIに関する複数診療科連携体制がある。
- 成人の深鎮静・全身麻酔下MRIマニュアルがあり複数診療科で共有されている。
- 成人の深鎮静・全身麻酔下MRIにおける緊急対応フローと担当者が決定されている。
- 該当なし（特に決まりなく主治医が対応など）
- わからない
- その他: _____

3.15. 深鎮静・全身麻酔の可能性のあるMRI検査は原則入院検査としていますか？*

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下の予定検査を全く行っていない
- 原則入院
- 静脈麻酔が必要な場合は入院
- 原則外来
- わからない
- 取り決めはない
- その他: _____

3.16. 成人の深鎮静・全身麻酔に主に用いている薬剤は何ですか？（複数選択 * 可）

その他の場合はOtherに記載下さい ご施設医師にも可能な範囲で確認いただけると幸いです

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を行っていない
- プロポフォール（ディプリバン）
- ミダゾラム（ドルミカム）
- プレセデックス・デクスメトミジン
- ジアゼパム（セルシン注）
- バルビツレート（ラボナール注）
- わからない
- その他: _____

3.17. 成人の意識消失を伴わない鎮静（＝最小～中等度鎮静）に主に用いている薬剤は何ですか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい ご施設医師にも可能な範囲で確認いただけると幸いです

- 成人の意識消失を伴わない最小～中等度鎮静下検査を全く行っていない
- デパス・エチゾラム
- コントミン・クロルプロマジン塩酸塩
- ラボナ
- アタラックスP注
- サイレース注
- プレセデックス・デクスメトミジン
- わからない
- その他: _____



戻る

次へ

フォームをクリア

鎮静下診療MRI検査・安全性：全国調査

Google にログインすると作業内容を保存できます。 [詳細](#)

* 必須の質問です

4. 深鎮静・全身麻酔運用規則

4.1 深鎮静・全身麻酔下MRIの対応全般： 小児検査中の監視に専念する人がいますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- なし
- 鎮静担当者
- 依頼医師
- 看護師
- 技師
- その他: _____

4.2 深鎮静・全身麻酔下MRIの対応全般： 成人検査中の監視に専念する人がいますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- なし
- 鎮静担当者
- 依頼医師
- 看護師
- 技師
- その他: _____

4.3 深鎮静・全身麻酔中の通常の検査監視方法を教えてください（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- 検査室内で監視
- モニターカメラ
- 心電図
- SpO2 モニター
- カプノメーター
- その他: _____

4.4 MRI室における人工呼吸器使用ルールはありますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない・MR対応人工呼吸器がない
- 使用出来る検査室が決まっている
- 使用場所が決まっている
- 使用手順が使用する診療科（医師）に予め共有されている
- 検査中は機器に付き添う医師がいる
- その他: _____

4.5 MRI室におけるシリンジポンプの使用ルールはありますか？（複数選択可） *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない・MR対応シリンジポンプがない
- 使用出来る検査室が決まっている
- 使用場所が決まっている
- 使用手順が使用する診療科（医師）に予め共有されている
- 検査中は機器に付き添う医師がいる
- その他: _____

4.6 深鎮静・全身麻酔中について、スキャンルームの扉を介した（一部開放・挟むなど）配線・配管を行うことがありますか？ *

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- （一部開放・挟むなどを）行うことがある
- （一部開放・挟むなどを）いつも行っている
- ない（導波管を使っている・用手注入など）
- その他: _____

戻る

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このフォームは 東京大学ECCSクラウドメール 内部で作成されました。
このフォームが不審だと思われる場合 [報告](#)

Google フォーム



鎮静下診療MRI検査・安全性アンケート調査

Switch account



* Indicates required question

5. MRI検査目的の深鎮静・全身麻酔の導入・覚醒

5.1 MRI検査目的の深鎮静・麻酔導入はどこで行っていますか？（小児の場合） * （複数選択可）

その他の場合はOtherに記載下さい

- 小児の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- スキャンルーム近傍の処置室
- スキャンルーム
- 病棟
- 外来処置室
- オペ室
- Other: _____

5.2 MRI検査目的の深鎮静・麻酔導入はどこで行っていますか？（成人の場合） * （複数選択可）

その他の場合はOtherに記載下さい

- 成人の深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- スキャンルーム近傍の処置室
- スキャンルーム
- 病棟
- 外来処置室
- オペ室
- Other: _____



5.3 MRI検査目的の深鎮静・麻酔の覚醒監視はどこで行っていますか？（複数選択 * 択可）

その他の場合はOtherに記載下さい

- 深鎮静・全身麻酔下検査を全く行っていない
- スキャンルーム近傍の処置室
- 病棟
- 外来処置室
- オペ室
- Other: _____

Back

Next

Clear form

Never submit passwords through Google Forms.

This form was created inside of 東京大学ECCSクラウドメール.
Does this form look suspicious? [Report](#)

Google Forms



鎮静下診療MRI検査・安全性：全国調査

Google にログインすると作業内容を保存できます。詳細

* 必須の質問です

6. 有害事象

6.1. 検査条件別に貴施設でのトラブル経験を教えてください。（トラブルのあったもの全てにチェック）

※検査中だけではなくの鎮静検査前後でのトラブルも含まれます。検査条件（鎮静ありなしや成人小児）によらずトラブルがなかった場合は該当なしを選択下さい

	該当なし	小児鎮静あり 検査※	小児鎮静なし 検査	成人鎮静あり 検査※	成人鎮静なし 検査
SpO2低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
徐脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸器停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シリンジポンプ停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
モニター停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸着事故（機器破損を伴う）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2. 「鎮静MRI検査」における過去2年間の有害事象数*

※検査中だけではなくの鎮静検査前後でのトラブルも含まれます

	なし	1	2	3回以上
SpO2低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
呼吸停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
徐脈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
心停止	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
外傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
火傷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
人工呼吸器停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
シリンジポンプ停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
モニター停止・破損	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
吸着事故（機器破損を伴う）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3. 「非鎮静MRI検査」における過去2年間の有害事象数*

	なし	1	2	3回以上
SpO2低下	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
呼吸停止	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
徐脈	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
心停止	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
外傷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
火傷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
人工呼吸器停止・破損	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
シリンジポンプ停止・破損	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
モニター停止・破損	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
吸着事故（機器破損を伴う）	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6.4. 鎮静・麻酔下MRI検査に関連して貴施設で工夫していること、小児に比べて成人で特に留意していることがあれば教えてください。【任意】

※記載に患者氏名など個人情報は含まないでください。

回答を入力

6.5. 貴施設にて安全管理見直しの契機となった有害事象があれば教えてください【任意】

時期は問いません。事例とその後の対応・対策について簡単に教えてください。※記載に患者氏名など個人情報は含まないでください。

回答を入力

6.6. 鎮静・麻酔下MRI検査に関して、危険や対応検討の必要性を感じていることがあれば記載下さい。【任意】

※記載に患者氏名など個人情報は含まないでください。

回答を入力

戻る

次へ

フォームをクリア

Google フォームでパスワードを送信しないでください。

このフォームは 東京大学ECCSクラウドメール 内部で作成されました。
このフォームが不審だと思われる場合 [報告](#)

Google フォーム