

MRI 検査問診票・同意書

●問診票（検査を受けられる方、全てお答えください）

1.心臓ペースメーカー・埋込型補聴器・人工内耳が入っていますか
(はい・いいえ)
【はいの方は検査ができません】

〈検査予約〉
20 年 月 日
時間

2.手術を受けた事がありますか (はい・いいえ)

(はいの方 どのような手術ですか)

3.妊娠もしくは妊娠の疑いがありますか (はい・いいえ)

疑いの方 最後の生理は(月 日)

4.金属(銃弾・金属片)による障害を受けた事がありますか (はい・いいえ)

はいの方、その部位はどこですか ()

5.以下に列挙するものは危険や発熱・画像劣化の可能性を持つものです
有無をチェックしてください

チェック項目		チェック項目		チェック項目	
※脳動脈瘤クリップ	有・無	その他体内金属・カテーテル等	有・無	脳室シャント	有・無
※血管内のステント・コイル・フィルタ	有・無	血管用や手術用クリップ ^o	有・無	ワイヤーメッシュ	有・無
圧可変式シャントバルブ	有・無	人工心臓弁	有・無	義肢・義足	有・無
埋込型の薬剤動注ポンプ	有・無	義眼・入れ墨(アイライナー含む)	有・無	人工関節・人工骨頭・ピン等	有・無
神経や骨成長刺激用機械	有・無	金属の縫合用ワイヤー	有・無	義歯・歯科矯正用ブレース	有・無
心臓等体内の電極や金属	有・無	陰茎内の埋込物・子宮内の避妊具	有・無	外す事のできる入れ歯	有・無
埋込型のインシュリンポンプ ^o	有・無	腎シャント	有・無		

6.※脳動脈クリップの欄で有とお答えの方

(手術年 年 月 材質:)

7.※冠動脈ステントは、埋込 8 週間以内は原則検査を行えません

8.閉所恐怖症はありますか (はい・いいえ)

●MRI 検査諸注意 強い磁場環境での検査の為、金属(磁性体)や磁気製品を持ち込んだ場合、検査機器の吸着や磁気製品の故障が起こります(その後数日間修理により機器が使用不能になります)。ケース等各自で用意し、更衣室に置いて入室をお願いします。
検査の都合上、予約時間より遅れる場合がありますが、ご了承下さい。

上記について十分理解した上で、MRI 検査を受けることに同意します。

日付 20 年 月 日 患者署名

本人記入困難な場合 代理人続柄() 代理人署名

患者様への説明確認

・MRI 検査のリスクについて、十分な説明をし同意を得ました

日付 20 年 月 日 医師署名