

★検査当日は、この用紙を必ずご持参ください★

MR I 検査問診票 & 同意書

様

検査日： 年 月 日 () 時 分

- 検査を安全に受けるための質問です。あてはまる□にチェックを入れてください。
(内容について分からない場合は必ず質問をしてください)

☆身長と体重が必要です 身長： _____ cm 体重： _____ kg

①【特に重要な項目】 (該当する場合は検査を受けることが出来ません)

・心臓ペースメーカー	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・埋め込み型除細動器：ICD	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・人工内耳や神経刺激装置などの体内電子装置	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・脊椎刺激装置 ・脊椎管内リード線	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・【特記事項】妊娠あるいは妊娠の可能性 (胎児についての安全性は確立されていません)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

②【必ず医師の判断が必要な項目】 (材質によっては体や画質に影響を及ぼします)

・脳動脈クリップ や 脳室シャント など	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・心臓や血管内の金属類、人工物	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・脊椎固定 人工関節 人工骨頭 (整形外科手術関連)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・体内に外傷による金属片 (鉄片や銃弾破片など)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・刺青 (眉墨 アイライン アートメイク ファッションタトゥーなど)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
・外せないアクセサリ (指輪など)	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

③閉所恐怖症や長時間の静止が困難 (狭いトンネル内で検査時間がながいです)

ない ある

④材質によっては吸引事故や破損の可能性があるもの

*当日はずせるものは全て外してもらいます

以下のものをみにつけていければ○で囲ってください

補聴器 義眼 義肢 かつら 義歯 (入れ歯 インプラント) 歯列矯正器具 避妊リング
指輪 カラーコンタクトレンズ その他 ()

(化粧も出来るだけお控えください)

※患者に検査の必要性を説明し、患者様の同意を得、体内の異物、患者様の状態を把握し、MRI検査可能と判断し検査を依頼します。

年 月 日 依頼・説明医師

【同意書】

上記の問診の確認のうえ、検査の必要性について説明を受け、質問する機会を得ました。
検査の必要性を理解して、MRI検査を実施することに同意します。

年 月 日

患者または家族・代理人の署名

(続柄：)