

# MRI 検査問診票・同意書

検査日 平成 年 月 日 午前・午後 時 分

ご依頼施設名 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 T・S・H 年 月 日

MRI 検査は強い磁力を使います。MRI 室での安全性に問題があると判断した場合、またチェックリストに記載不足がある場合は検査が行うことができません。

安全な検査を行うために、下記の質問にお答えください

1) 下記の手術を受けたことはありますか

- ① 心臓ペースメーカー ( はい ・ いいえ )
- ② 人工弁 ( はい ・ いいえ )
- ③ 人工内耳 ( はい ・ いいえ )
- ④ 神経刺激装置 ( はい ・ いいえ )
- ⑤ 冠動脈ステント ( はい ・ いいえ )
- ⑥ 脳動脈瘤手術による金属クリップやコイル ( はい ・ いいえ )
- ⑦ 人工関節・骨頭や固定プレート ( はい ・ いいえ )

⑤～⑦の欄ではいとお答えの方【手術された時期 年 月 検査可能であるか→ はい・いいえ】

2) タトゥー（入れ墨）やアートメイク（眉毛、アイライン、特殊な口紅）はありますか

( はい ・ いいえ )

3) 入れ歯やインプラントの方

( はい ・ いいえ )

4) 妊娠中・妊娠の可能性がある方

( はい ・ いいえ )

5) 閉所恐怖症の方

( はい ・ いいえ )

6) コンタクトレンズ（カラーコンタクトを含む）を使用されている方

( はい ・ いいえ )

7) 身長・体重

( 身長 cm ・ 体重 kg )

MRI 検査を受けるにあたり、注意事項について書面および口頭で説明を受け、その内容を十分に理解した上で、検査の実施に同意いたします

平成 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理者氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

担当医 \_\_\_\_\_