

# MRI 検査問診票・同意書

検査日 令和 年 月 日 午前・午後 時 分

患者 ID \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 様

生年月日 T・S・H・R 年 月 日 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

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、または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

心臓ペースメーカー・人口内耳・神経刺激装置

( はい ・ いいえ )

心臓人工弁・冠動脈ステント・脳動脈瘤手術による金属クリップやコイル・人工関節や固定プレート

( はい ・ いいえ )

術後、MRI を受けたことはありますか

( はい ・ いいえ )

2) 下記のもので該当するものはありますか

- 入れ歯・インプラント・補聴器・コンタクトレンズ（カラーを含む）・ウィッグの使用
- タトゥー（入れ墨）やアートメイク（眉毛・アイライン等）
- 閉所恐怖症の方
- 妊娠中・妊娠の可能性のある方

( はい ・ いいえ )

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

令和 年 月 日

患者氏名 \_\_\_\_\_

代理者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

担当医 \_\_\_\_\_